

Har Helse Sør-Øst RHF
konkurransetsetting av
behandlingstilbud innen tverrfaglig
spesialisert rusbehandling (TSB) bidratt
til bedre ressursutnyttelse?

Unni Elisabeth Aker



Masteroppgave ved Institutt for helseledelse og
helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

November 2014

Har Helse Sør-Østs konkurranseutsetting
av behandlingstilbud innen tverrfaglig
spesialisert rusbehandling (TSB) bidratt
til bedre ressursutnyttelse?

Copyright Unni Elisabeth Aker

2014

Har konkurranseutsetting av private behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) bidratt til bedre ressursutnyttelse?

Unni Elisabeth Aker

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Private helsetjenester er en stor, økende og viktig del av de offentlige helsetjenestene i Norge. Noe av dette gjelder faste driftsavtaler med private, men mye er også konkurranseutsatt. For eksempel bruker Helse Sør-Øst RHF bruker i 2014 nærmere 4 mrd. kroner basert på anbudskonkurranser. Kunnskap om effekter av konkurranseutsetting er derfor et viktig samfunnsmessig anliggende.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i regi av private, har vært konkurranseutsatt av Helse Sør-Øst RHF siden rusreformen i 2004. I denne oppgaven stilles det spørsmål ved hvorvidt dette har bidratt til bedre ressursutnyttelse. For å belyse problemstillingen er det benyttet en kvalitativ metode der intervjuer med tre informanter utgjør et såkalt ”strategisk” utvalg. Utvalgskriteriene som er brukt for å søke å dekke variasjonsbredden i populasjonen, er primært virksomhetenes antatte forutsetninger for å møte konkurranseutsettingen.

I all hovedsak er informantene positive til konkurranseutsettingen. Samtlige informanter mener at det har medvirket til mer målrettet og kvalitetsmessig bedre behandling, som de mener gir en bedre utnyttelse av døgnkapasiteten. De påpeker også at konkurransene har gitt en bevissthet med hensyn til pris og kostnader. De som driver langtidsbehandling sier også at pasientene er kortere innlagt enn tidligere.

Informantene oppgir at det er iverksatt prosesser med kvalitetsforbedring og revisjon av egen virksomhet som følge av konkurransene, og at dette har vært viktig for utvikling av tjenestene. De relaterer kvalitetsforbedringen direkte til krav som er stilt i forbindelse med anbudsrundene og delvis til de mulighetene som konkurransene har gitt for å utvikle tjenestene. Dette er et viktig funn med tanke på at de siste avtalene som er inngått ikke er tidsavgrensede, noe som innebærer at man nødvendigvis ikke vil ha de samme, jevnlige og systematiske gjennomgangene av tilbudene.

Det framkommer at den parallelle økningen i de økonomiske rammene også har vært viktig for de nevnte prosessene. Dette har vært en forutsetning for å fylle økte krav til kvalitet, da flere og mer kvalifiserte ansatte kan gi mer intensiv og bedre behandling. Selv om omfanget

av endringer har vært noe forskjellig for de ulike institusjonstypene som er representert i utvalget, beskriver informantene prosessene relativt likt.

De som driver døgnbasert langtidsbehandling har redusert lengden på innleggelsene. Mye tyder på at de krav som er stilt til belegg og oppfølgingen av avtalene for øvrig, har stimulert til en bedre utnyttelse av sengekapasiteten. Det har kanskje særlig gitt seg utslag i hvordan man jobber for å forhindre at pasientene faller ut fra ventelistene og hvordan man sikrer at de møte opp til behandlingsstart og ikke faller ut underveis i behandlingen.

Det omtales en del transaksjonskostnader knyttet til arbeid med tilbud og oppfølging av avtalene. Dette arbeidet er imidlertid i hovedsak noe informantene selv vurderer som nødvendig/viktig og av en viss verdi for virksomhetene selv. Det er verdt å merke seg at de ikke oppfatter den forenklete anskaffelsesformen som har vært benyttet i de to siste anskaffelsene ("del-I-anskaffelse") som vesentlig enklere. Det påpekes at den nye formen har medført en mer samarbeidsorientert relasjon.

Det er metodiske forbehold knyttet til bl.a. et begrenset utvalg informanter. Det at intervjueren er ansatt i Helse Sør-Øst RHF kan dessuten ha hatt betydning for svarene som ble gitt. Likevel må man kunne si at funnene indikerer at konkurranseutsettingen har bidratt til bedre ressursutnyttelse. Dette må sees i sammenheng med en betydelig ressurstilførsel til feltet som har medført høyre bemanningsnormer og økt kompetanse.

Forord

I min jobb i Helse Sør-Øst RHF undres jeg stadig over hvor ressurskrevende arbeidet med anbudskonkurranser er: Når Helse Sør-Øst RHF skal anskaffe private helsetjenester, foretar man først en behovsanalyse hvor helseforetak, fagfolk, brukerrepresentanter og eventuelle private interessenter involveres. Videre utarbeides det konkurransegrunnlag, kravspesifikasjon, ev. informasjonsdokument, og ulike vedlegg til disse. Etter at tilbudene er vurdert, gjennomføres forhandlinger. Disse foregår ofte i flere runder og skal ikke bare gjennomføres, men også planlegges og dokumenteres. Når reviderte tilbud er gjennomgått, fattes en endelig beslutning og avtaler tildeles. Det siste innebærer at det skal skrives tildelingsbrev og avslag samt at alle valg skal begrunnes. Jevnlig fremmes krav om innsyn og klager som må besvares, enkelte ganger også rettslige etterspill - noe som er svært krevende for alle parter. Når avtalene er signert og man starter leveransen, følger etter hvert arbeid med justering og oppfølging av avtalene.

Jeg har mange ganger spurt meg selv om hva man egentlig får igjen for konkurranseutsettingen. Står det i forhold til transaksjonskostnadene, og gir egentlig konkurranseformen mer behandling for pengene? Et helt entydig svar er vanskelig å gi, da en beregning av dette vil omfatte mange størrelser som ikke alltid er enkelt definerbare. Men leverandørenes vurdering av spørsmålet, vil forhåpentlig kunne bidra til mer forståelse. Det er bakgrunnen for temavalget i denne oppgaven. Dette lurar jeg på!

Til slutt vil jeg takke informantene, veileder Olaf, datter Sigrun, kollega Frode og samboer Geir som har bidratt - noen med veiledning og andre med hjelp av ymse slag.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Konkurransenutsetting er et aktuelt tema.....	1
1.2	Sentrale begreper.....	4
2	Bakgrunn.....	6
2.1	Utvikling av rusfeltet i Norge	6
2.1.1	Historisk bakteppe	6
2.1.2	De første omsorgs- og behandlingstilbudene.....	6
2.1.3	Egne tilbud for narkotikamisbrukere	7
2.1.4	Utvikling avrusfeltet, nasjonale- og regionale føringer	7
2.2	Regelverk for offentlige anskaffelser	12
2.2.1	Lov om offentlige anskaffelser.....	12
2.2.2	Anskaffelsesforskriften.....	12
2.2.3	Unntaksbestemmelser for ideelle virksomheter	13
2.3	Relevant litteratur	14
2.4	Konkurransenutsetting av virksomheter innen TSB.....	16
2.5	Innhold og omfang av avalene mellom Helse Sør-Øst RHF's og private leverandører	17
2.5.1	Krav og føringer til innholdet i avtalene.....	17
2.5.2	Omfang av avtaler	18
2.5.3	Nåværende avtaler	19
3	Nærmere om problemstillingen.....	21
3.1	Hva innebærer bedre ressursutnyttelse?.....	22
4	Metode.....	26
4.1	Kvalitativ metode	26
4.2	Betraktninger rundt min egen rolle	26
4.3	Utvalg	28
4.3.1	Utvalgsstrategi.....	28
4.4	Beskrivelse av institusjoner som er representert i utvalget.....	30
4.4.1	Tyrilistiftelsen	30
4.4.2	Trasoppklinikken	31
4.4.3	Fredheim.....	32
4.5	Intervjuer	32
5	Analyse av intervjuer	34
5.1	Oppsummering av funn.....	34
5.1.1	Arbeidet med tilbud og selve anskaffelsesprosessen.....	34
5.1.2	Rapportering og oppfølging.....	36
5.1.3	Øvre grense for normert behandlingstid	37
5.1.4	Beleggskravet.....	38
5.2	Vurdering av funn	40
5.2.1	Utvalgets betydning for funnene	43
5.2.2	Alternative tilnærminger og begrensninger ved utvalget.....	46
6	Litteraturliste	49
	Vedlegg / Appendiks	54

1 Innledning

1.1 Konkurransetsetting er et aktuelt tema

Helse Sør-Øst RHF har ”sørge-for-ansvaret” for om lag 56% av landets befolkning. For å ivareta befolkningens behov for helsetjenester, har Helse Sør-Øst RHF som supplement og alternativ til helseforetakenes tilbud, avtaler med en rekke private tjenesteytere, og er følgelig en stor og viktig aktør innefor det private helsetjenestemarkedet i Norge. Det omfatter faste driftsavtaler (av historiske og juridiske grunner) med 1100 avtalespesialister og fem ideelle sykehus samt konkurranseutsatte avtaler med leverandører innen bl.a. psykisk helsevern, rehabilitering, TSB, kirurgi, radiologi og laboratoriefag. Verdien av de konkurranseutsatte kontraktene utgjør om lag 3,9 mrd. kroner i 2014 (Hafnor, 2014). Avtaler innen TSB, som har vært konkurranseutsatt i Helse Sør-Øst siden rusreformen i 2004, har i 2014 en verdi på . rundt 1 mrd. kroner i 2014.

Den sittende regjeringen har uttalte intensjoner om å øke bruken av private leverandører innen spesialisthelsetjenesten ytterligere (Høyre og Fremskrittspartiet, 2014), bl.a. ved økt bruk av anbud. Raskt etter regjeringens tiltredelse ble RHFene pålagt å utvide avtalene med private leverandører av TSB, psykisk helsevern og rehabilitering (Finansdepartementet, 2014). Fra 2015 økes bruken av private innen de samme fagområdene ved ordningen innfører ”Fritt behandlingsvalg” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Når det offentlige velger å anskaffe private tjenester, er dette regulert gjennom lov om offentlige anskaffelser (LOA). Loven gjelder for alle offentlige anskaffelser over en viss størrelse. Konkurransetsetting er altså ikke noe man kan velge seg bort fra. Det er verdt å merke seg at intensjonen med loven ikke bare er at det offentlige skal tilstrebe å bruke ressursene på en god måte, den skal også sikre at konkurransene om kontrakter er åpne for alle aktuelle tilbydere, at prosessene rundt dette er transparente og for øvrig følger god forretningsskikk.

Det er ikke vanskelig å stille seg positiv til lovverkets intensjoner og følgelig prinsippet om bruk av konkurranse som virkemiddel – hvis dette er noe som kan gi bedre behandlingstilbud

og god utnyttelse av fellesskapets ressurser. Intensjoner og realiteter er imidlertid ikke alltid sammenfallende. Det er mange som argumenterer sterkt mot konkurranseutsetting, for eksempel Norsk Sykepleierforbund (Norges Sykepleierforbund, 2012 og Normann, 2011) og Fagforbundet (Fagforbundet, 2013) både av hensyn til de ansatte og kvaliteten på tjenestene. Debatten har kanskje gått høyest i forbindelse med eldreomsorgen: Begrepet ”Bestemor på anbud” er velkjent. Erling Folkvord (2011) omtaler konkurranseutsettingen av sykehjemsdrift under overskriften ”Fløteskummernes inntog”.

Sentrale tema i debatten har vært ansattes arbeidsforhold og kvalitet på tjenestene (Bogen, 2011) og transaksjonskostnadene knyttet til anbud. Leder for det såkalte ”Forenklingsutvalget”, Inger Roll-Mathisen, hevder at Norges offentlige anskaffelser er dyrest i Europa (Roll-Matthiesen, 2014 i Dagens Næringsliv, 2014). I en studie av konkurranseutsetting av norsk sykehjem, hevder Gautun et al. (2013) at transaksjonskostnadene ofte ikke er inkludert i regnestykkene når kommuner viser til at man gjennom konkurranser oppnår like gode tjenester til en lavere pris.

I vurderingen av konkurranseutsettingen, må man ta inn over seg at en slik anskaffelsesform innebærer en del transaksjonskostnader. Som omtalt i forordet i denne oppgaven, er disse til dels betydelige for det regionale foretaket. Det er å anta at de også er av noe omfang for tilbyderne, i og med at kravet til dokumentasjon er ganske omfattende, om enn noe redusert etter at Helse Sør-Øst RHF gikk over til en forenklet anskaffelsesform fra 2012. (Helse Sør-Øst RHF, 2004, 2008, 2009, 2012 og 2014).

TSB er et fagfelt som har mange særtrekk som gjør at funn i denne oppgaven nødvendigvis ikke er overførbare til konkurranser som omhandler andre helsetjenester. Det er bl.a. et stort innslag av private, ideelle leverandører – noe som gjelder for samtlige leverandører innen TSB i Helse Sør-Øst. Ideelle virksomheter kan ikke ta ut overskudd (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2013) og deres lønns- og pensjonsvilkår er ofte høyere enn hos kommersielle. Mye tyder på at dette vil påvirke konkurranseforholdene. (Gautun et al. 2013 s. 11 og Søyland, 2014, s.9)

Tjenestene som leveres innen TSB er i begrenset grad direkte sammenliknbar med annen spesialisthelsetjeneste: De er ikke enkelt definerbare, slik man delvis kan si om tjenester innefor for eksempel radiologi og laboratoriefag. Imidlertid kan man tilstrebe en slik klar

definerbar form når man angir TSB-tjenester, for eksempel ”antall behandlingsdøgn” eller ”konsultasjoner” til en definert kvalitet. Men straks man skal forholde seg til hele behandlingsløp for TSB-pasienter, er avgrensingene mer utfordrende fordi mange av pasientene er kronikere og har svingende forløp. Pasientene er ofte også ustabile og avbryter behandlingen. I og med at mange av behandlingstilbudene innen TSB er langtids døgnbehandling, har de kanskje mer felles med døgnbasert barnevern og kommunale omsorgstjenester enn spesialisthelsetjenesten for øvrig. Selv om det ikke er vektlagt i de metodiske prioriteringene, kan det også tenkes at funn i oppgaven vil kunne ha en viss overføringsverdi til slike tjenester, og at forskning og erfaringer fra disse fagområdene trolig kan bidra til å forstå erfaringene innen TSB. Utvalget og metodikk for øvrig i denne oppgaven, er imidlertid ikke innrettet mot å gi svar som er generaliserbart til andre fagområder. Utvalget er først og fremst satt sammen for å dekke variasjonsbredden blant leverandører innen TSB i Helse Sør-Øst.

I denne oppgaven diskuteres ikke hele bredden av problemstillinger knyttet til konkurranseutsetting. Oppgavens målsetting er begrenset til en økt forståelse av effekter av praktiseringen av anskaffelsesregelverket innen TSB i Helse Sør-Øst RHF siden 2004. Problemstillingen er hvorvidt ressursbruken har blitt bedre som følge av konkurranseutsettingen. I det ligger både en forståelse av at god ressursbruk ikke bare handler om antall pasienter man har behandlet, men også om kvaliteten har blitt bedre og mer målrettet.

Det er lite omstridt at konkurranse kan være stimulerende i seg selv, men det er likevel ikke sikkert at den samlede effekten av en slik anskaffelsesform er hensiktsmessig.. Det synes absolutt betimelig å stille spørsmål ved hva konkurranseutsettingen betyr for tjenestene: Gir det en bedre ressursbruk?

Det skal også nevnes at de er begrenset kunnskap om effektene av konkurranseutsetting. Forskere som har gjennomgått litteraturen på området, påpeker at det er liten sammenheng mellom den politiske interessen for temaet og kunnskapsgrunnlaget. (Bogen, 2011). Gautun et al. (2013) hevder at det er helt begrenset med forskning som er relatert til helse- og omsorgstjenester som er drevet av ideelle.

1.2 Sentrale begreper

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) ble ved rusreformen i 2004 en del av spesialisthelsetjenesten. Lovreguleringen av aktuelle behandlingssenheter ble ved dette overført fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven. Utgangspunktet for TSB er selve avhengighets- og misbruksproblematikken. Det kreves derfor at behandlingstilbudene er bemannet med helse/medisinsk-, psykologfaglig- og sosialfaglig personell. *”Dette var et ”grep” som ble gjort for at det skulle bli lettere å definere rusvernet som en del av spesialisthelsetjenesten, til tross for at det inntil da stort sett hadde vært definert som en sosialtjeneste”* (Aasland, 2014). Behandlingstilbudene omfatter polikliniske- og ambulante tjenester i tillegg til ulike varianter av døgnbasert behandling. Legemiddelassistert behandling (LAR) inngår som en del av TSB. Til forskjell fra de øvrige fagområdene, kan også sosialtjenesten henvise til TSB.

Konkurranseutsetting er et begrep som betegner at tjenester og produksjon som tradisjonelt har vært levert av kommunale etater og virksomheter, ofte med monopol, blir gjenstand for anbudskonkurranser. I prinsippet kan så vel private som offentlig eide aktører delta i slike konkurranser, men denne oppgaven omhandler kun konkurranseutsetting av tjenester som er levert av private, i praksis begrenset til private ideelle leverandører. Den første anskaffelsen Helse Sør-Øst RHF gjennomførte etter rusreformen var riktignok også åpen for kommersielle aktører, men ingen av disse nådde opp i konkurransen. Alle senere konkurranser har kun vært åpne for ideelle.

Begrepet privatisering dukker ofte opp i debatter om private aktører som leverer tjenester på vegne av det offentlige debatter om bruk private helsetjenester. Spørsmålet om privatisering eller ikke, ligger utenfor rammen av denne oppgaven, men fordi begrepet i en del sammenhenger brukes nærmest synonymt med konkurranseutsetting og anbudsregimer, er det nødvendig med en presisering. I politiske sammenhenger, og også i denne oppgaven, brukes privatisering om det å la private bedrifter overta ansvar for vare- og tjenesteproduksjon som tidligere har vært produsert av offentlig sektor. Det vil si en prosess som eventuelt går forut for en konkurranseutsetting. Begrepet kan også bety at man flytter en handling fra den offentlige til private sfære. Dette er heller ikke tema for denne oppgaven.

Et anbud er et tilbud som blir inngitt av en anbyder i en anbudskonkurranse.

Anbudskonkurransene kan være ulike i form, alt detaljert regulert gjennom lov om offentlige anskaffelser (LOA) og tilhørende forskrift om offentlige anskaffelser (FOA) som omtales nærmere i 2.2.1 I politisk språkbruk er det ”å sette ut på anbud” ofte brukt om å konkurranseutsette en tjeneste som tidligere har vært levert av ansatte i det offentlige.

Virksomheter og leverandører brukes i denne oppgaven i den betydning at leverandører er virksomheter med avtale om leveranse. Virksomhetenes drift er lagt til en eller flere institusjoner. Tilbydere brukes om virksomheter som deltar i en anbudskonkurranse, men som ennå ikke har fått bekreftet en avtale.

Ideelle virksomheter: Samtlige leverandører av TSB innen Helse Sør-Øst, er alle såkalte ”ideelle virksomheter”. Det er ikke alltid enkelt å skille ideelle fra kommersielle, men som hovedregel skiller man mellom de som kan ta utbytte og de som ikke kan det. Kommersielle virksomheter er vanligvis organisert som aksjeselskap, mens de ideelle vanligvis er organisert som stiftelser (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2013, s. 10). Som det framkommer i omtalen av anskaffelsesregelverket i denne oppgavens kapittel. 2.3.1, er skillet mellom ideelle og kommersielle av betydning for hvilke anskaffelsesformer man kan benytte.

Rusmiddelmissbrukere anvendes i denne oppgaven som en fellesbetegnelse for pasienter som søker behandling for avhengighet av ett eller flere rusmidler. Innenfor denne gruppen er det både mennesker som primært har et problem relatert til alkohol (i denne oppgaven omtalt som alkoholmissbrukere), og/eller avhengighetsskapende medikamenter (medikamentmissbrukere), og/eller narkotika (narkotikamisbrukere eller stoffmissbrukere). Det er stadig debatt om hva som er riktige betegnelser for de ulike gruppene. Denne debatten åpnes ikke her. Begrepsbruken i denne oppgaven spiller ikke annet enn at det er mennesker som har omfattende og problematisk bruk av de nevnte substansene.

2 Bakgrunn

2.1 Utvikling av rusfeltet i Norge

2.1.1 Historisk bakteppe

Rusmiddelmisbruk er både et omfattende samfunnsproblem og skaper problemer og lidelse for både de som selv er rusavhengige og deres familier. Det er følgelig ikke så rart at mange har engasjert seg for å hjelpe. Dette har preget store deler av hjelpe- og behandlingstilbudet helt fra starten og fram til nå.

Det er, og har vært, ulike syn på hvordan man skal forstå avhengighetens natur – noe som også reflekteres i de behandlings- og hjelpetiltakene. Karaktersvakhet og manglende moral dominerte lenge forståelsen. Senere har sykdomsmodellen og etter hvert en mer psykologisk forståelse av avhengigheten fått innpass. Skretting (2010) har gjort en oppsummering av historiske endringen i hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Hun skriver bl.a.:

«Er misbruk av rusmidler en sykdom eller et produkt av sosiale faktorer og personlig disposisjon? Er behandling for rusmiddelmisbruk et ansvar for helsevesenet eller sosialtjenesten? Er rusmiddelmisbrukere pasienter eller klienter? Synet på hva som er årsak til rusmiddelmisbruk og hva som er den mest hensiktsmessige organisering av behandling varierer». (Skretting, 2010)

Skretting skriver videre at misbrukerne har gått fra å være sett på som pasienter, til å bli klienter, for så igjen å ende opp som pasienter. Behandlingsinnhold og bl.a. synet på bruk av medikamenter i behandling har endret seg tilsvarende. Parallelt med dette, har organiseringen av tjenestene endret seg; i løpet av de siste tiårene har man gått fra en, i hovedsak, sentralisert til en desentralisert modell, for så å gå tilbake til en sentralisert modell.

2.1.2 De første omsorgs- og behandlingstilbudene

Behandlings- og hjelpetilbudet for henholdsvis alkohol- og narkotikaproblemer i Norge har noe ulik historie, både med hensyn til hvor lenge slike tilbud har vært tilgjengelige og

hvordan de har vært organisert. De første tilbudene rettet mot misbrukere av alkohol fra 1900 (Skretting, 2010). Dette var anstalter hvor mennesker ble anbrakt for inntil 18 måneders tvangsarbeid hjemlet i den såkalte "Løsgjengerloven" (Lov 31. mai 1900 nr. 5 om Løsgjænger, Betleri og Drukkenskap) – eksempelvis ikke på annet grunnlag enn at de ikke hadde betalt fyllemluktene sine. Etter at loven om edruskapsvern og edruskapsnemnder kom i 1932 (lov av 26 feb. 1932 om edruskapsvern og edruskapsnemnder), fikk vi etter hvert framvekst frivillige kursteder og vernehjem (Kjølstad, 2014). Det var i utgangspunktet organisasjoner som Blå Kors, Hvite Bånd og Lægeforeningen som sto bak. I årene etter 1970 økte statens engasjement i alkoholistsorgen, både gjennom økte bevilgninger og ved at flere alkoholinstitusjoner ble knyttet til sykehusloven (Skretting, 2010).

2.1.3 Egne tilbud for narkotikamisbrukere

Egne tilbud til misbrukere av narkotiske stoffer kom først fra 1961. Da opprettet Norge den første spesialklinikk i Europa for narkotikamisbrukere, Statens klinikk for narkomane. Pasientene var i utgangspunktet de såkalt "klassiske narkomane", eller voksne pasienter som misbrakte morfin eller andre opiater. Da man så at det også ble behov for behandlingstiltak for unge og unge voksne, valgte man å integrere denne behandlingen i det ordinære hjelpeapparatet innen psykisk helsevern. Den tradisjonelle psykiatrien viste seg imidlertid lite egnet til å ta imot disse pasientene, derfor begynte man fra tidlig i 1970-årene å utvikle egne tilbud for denne pasientgruppa. Man tok i bruk metoder forankret i humanistisk psykologi og pedagogikk som innebar likeverdet mellom klient og helper, og sosialt nettverksarbeid var i fokus. Synet på stoffmisbrukere endret seg fra en tradisjonell sykdomsoppfatning i retning av en sosialpsykologisk forståelse. Man erkjente at stoffmisbruk blant unge er et sammensatt problem, som krever utradisjonelle tilnærminger. Det ble derfor også etablert ulike nye tiltak, som bl.a. oppsøkende virksomheter og behandlingskollektiver. Initiativene kom i stor grad fra grupper eller enkeltpersoner som bygget opp institusjonene ved hjelp av statlige og etter hvert fylkeskommunale midler, for eksempel Sollakollektivet i 1970. (Skretting, 2010)

2.1.4 Utvikling avrusfeltet, nasjonale- og regionale føringer

Grunnlaget for den fylkeskommunale organiseringen av behandlingstilbud for rusmiddel-misbrukere ble lagt i lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner mv. av 8. mars 1984. Da lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr. 81 kom, fikk

fylkeskommunen et samlet ansvar for alle annenlinje behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere. (Skretting, 2010)

Sosialtjenesteloven påla fylkeskommunen ansvar for at det skulle være tilstrekkelig kapasitet til å dekke det behov som til enhver tid måtte være tilstede. Fylkeskommunen kunne selv eie og drive behandlingstiltakene og eventuelt inngå driftsavtaler eller kjøpe enkeltplasser i private institusjoner. Disse var i hovedsak regulert av sosialtjenesteloven, men fylkeskommunen kunne også oppfylle sitt behandlingsansvar ved å bruke behandlingstiltak som var regulert av andre lover (sykehusloven). Dette gjaldt i praksis først og fremst polikliniske behandlingstiltak med utspring i psykisk helsevern. (Skretting, 2010)

Kommunens ansvar for å sikre hjelp i nærmiljøet ble fulgt opp i finansieringsordningen ved at opphold på fylkeskommunale institusjoner under sosialtjenesteloven ble finansiert som en delbetalingsordning mellom kommune og fylkeskommune. (Skretting, 2010)

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB)

I årene etter tusenårsskiftet gjennomførte Norge flere store helsepolitiske reformer: Fastlegereformen (2001) innebar at alle landets innbyggere fikk tildelt en fast allmennlege. Sykehusreformen (2002) medførte at ansvar og eierskap for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste ble overført fra fylkeskommunen til staten og det ble etablert fem (fra 1. januar 2009 fire, i og med sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF) statlig eide regionale helseforetak (RHF). De fire regionale helseforetakene ble ilagt det såkalte ”sørge for-ansvaret” for befolkningen i de respektive helseregionene. Sykehusreformen ble fulgt opp av den såkalte rusreformen (2004) som medførte at også behandling for rusmiddelmissbruk ble overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene. Behandling for rusmiddelmissbruk ble dermed en del av spesialisthelsetjenesten, mens kommunene beholdt sitt ansvar for å yte andre typer tjenester til rusmiddelmissbrukere.

Endringene ble gjort for å klargjøre ansvar, bedre ressursutnyttelsen, styrke kvaliteten og den tverrfaglige innsatsen. Behandlingen fikk status som spesialisthelsetjeneste; tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB) ble etablert som et eget fagområde, likestilt med øvrig spesialisthelsetjeneste. Reformen innebar også at pasientene de individuelle rettighetene som er nedfelt i lov om pasientrettigheter. (Bie, 2013)

Opptrappingsplan for rusfeltet

Stortinget vedtok i 2007 Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012). Planen hadde som mål å gi rusmiddelpolitikken et tydeligere folkehelseperspektiv og å sikre mer tilgjengelige tjenester. Planen la opp til et faglig løft samt tiltak for å bedre samhandlingen i rusfeltet. Videre var økt brukerinnflytelse og ivaretagelse av pårørende viktige elementer.

Evalueringen av opptrappingsplanen (Helsedirektoratet, 2012) viser at det har skjedd mye positivt, bl.a. med hensyn til forebygging og kvalitetsarbeid. Det pekes samtidig på at man bl.a. fortsatt mangler egnede boliger for rusmiddelmisbrukere og at det er kapasitetsproblematikk for deler av TSB.

Samhandlingsreformen som ble vedtatt i 2011, vektlegger økt kommunalt ansvar og et tettere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Forebygging, framfor reparasjon og flytting av tjenester nærmere der folk bor, er et viktig prinsipp. Det er innført kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av både døgnbehandling og poliklinisk behandling for medisinske pasienter. Det skal videre etableres kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud, senest fra 2016, samt innføres kommunal delfinansiering også innen psykisk helsevern og TSB. Men det er ennå ikke avklart fra hvilke tidspunkt og hvordan delbetalingen skal utformes. (Bie, 2013)

Årlige oppdragsdokumenter

Helse- og omsorgsdepartementet gir i de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene blant annet føringer for hvilke forhold som skal vektlegges ved utviklingen av de ulike fagområdene. Føringerne var i de første årene etter helsereformen meget detaljerte for psykisk helsevern og TSB. Det ble lagt til grunn at disse fagområdene skulle prioriteres både ressurs- og aktivitetmessig. Styringssignalene er etter hvert gjort noe mer generelle ved at det legges større vekt på parametere som ventetider og fristbrudd. Det framgår likevel av styringsdokumentet for 2013 at det fortsatt vil være behov for økning i kapasiteten innen TSB samtidig med styrking av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er ifølge dette oppdragsdokumentet en overordnet målsetting at distriktpsykiatriske sentre skal legges til grunn som nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester ved rus- og avhengighetslidelser der lokale forhold tilsier det. Betydning av lokalbaserte tilbud i tett samarbeid med primærhelsetjenesten understrekes. (Bie, 2013)

Regjeringen la i revidert nasjonalbudsjett 2013 opp til at de regionale helseforetakene skulle øke sine kjøp fra private, bl.a. innen TSB. På bakgrunn av dette, utvidet Helse Sør-Øst RHF de løpende avtalene med omlag 80 mill. kroner. Det ble kjøpt 33 døgnplasser samt lagt inn midler til en rekke tiltak til behandling/oppfølging før og etter innleggelser. I oppdragsdokumentet for 2014 ble det lagt opp til kjøp av ytterligere 110 nye døgnplasser, i hovedsak langtidsplasser, gjennom en ordinær anskaffelse rettet mot private ideelle leverandører. Denne anskaffelsen ble gjennomført våren 2014.

Regionale føringer

Også på regionalt nivå, har det vært viktige beslutninger som har lagt føringer for TSB som helhet og de private spesielt. Gjennom vedtaket i styresak 108-2008 "Omstillingsprogrammet" (Helse Sør-Øst RHF, 2008), ble det gitt klare føringer for videreutvikling av feltet med stor vekt på lokalbaserte tjenester og en felles ledelse for TSB i hvert sykehusområde. Sykehusområdet skal tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester som dekker 80-90 % av behovet for tjenester i opptaksområdet. (Bie 2013)

I sak 046-2010 Regionale utviklingsområder TSB (Helse Sør-Øst RHF, 2010), ble det lagt føringer for den videre utviklingen av TSB i regionen. Det ble fastslått at TSB er et prioritert regionalt satsningsområde og at det skal lages områdeplaner for TSB i hvert enkelt sykehusområde. De private aktørene i større grad integreres i behandlingsforløpet gjennom at kravene til kvalitet og innhold i tjenestene harmoniseres mellom offentlige og private tjenesteytere. Behandlingskapasiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten og økt kapasitet på akuttbehandling og avgiftning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivt døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig. Det fastslås at regionaliserte tilbud i fremtiden bør være spesialisert døgnbehandling hovedsakelig etter bestemmelsene om tvungen tilbakeholdelse i sosialtjenesteloven, behandling av gravide pasienter samt familiebehandling. Det øvrige tilbudet innen TSB skal være en del av det lokalbaserte tilbudet i det enkelte sykehusområde. Forankringen for spesialistbehandling av rus- og avhengighetslidelser skal være poliklinisk behandling i samarbeid med de kommunale tjenestene der pasienten bor og for å gi mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk. Poliklinisk behandling representerer også den langsiktige oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og

risiko for tilbakefall. Adm. dir. anmerket til saken at hun legger til grunn at noe av kapasitetsutfordringene kan dekkes gjennom bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, blant annet ved mer intensivert døgnbehandling med reduksjon i liggetider. (Bie 2013)

Kravet i styresak 108/08 om å utvikle områdeplaner ble fulgt opp i foretaksmøtene med helseforetakene i juni 2010. Planen skulle utarbeides i samarbeid med kommunene og andre samarbeidspartnere. De fleste sykehusområdene har ferdigstilt dette arbeidet. Men det er opplagte utfordringer knyttet til det faktum at om lag 60 % av døgnbehandlingen gis av private avtaleparter uten at disse er knyttet opp mot noe bestemt sykehusområde samt usikkerhet angående effektene av det nye inntektssystemet innen TSB. (Bie 2013)

I styresak 07/2013 Delstrategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige helsetjenester Plan for strategisk utvikling 2013 – 2020 (Helse Sør-Øst RHF, 2013) vedtok styret følgende vedrørende samarbeid mellom offentlige og private helsetjenester:

- Det etableres et strategisk samarbeid mellom helseforetakene og private tjenesteleverandører på egnede områder.
- Private kommersielle tjenestetilbud benyttes slik at det samlede tilbudet i regionen dekker befolkningens behov med optimal ressursutnyttelse.
- Sikre nødvendig forutsigbarhet i rammevilkårene for private ideelle tjenestetilbud gjennom etablering av løpende avtaler innenfor psykisk helse og rehabilitering.
- Det etableres et tettere samarbeid mellom avtalespesialistene og helseforetakene.

Med bakgrunn i dette, ble det utarbeidet en delstrategi som er vedtatt av styret. Delstrategien legger til grunn beslutningen om at private aktører skal inngå i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. Dette krever en tettere integrering mellom private leverandører og helseforetakene bl.a. gjennom mer faglig og strategisk samarbeid. Det ble også lagt vekt på å sikre de ideelle organisasjonene forutsigbarhet gjennom etablering av løpende avtaler.

2.2 Regelverk for offentlige anskaffelser

Offentlige anskaffelser av private tjenester i en størrelsesorden som det her er snakk om, er strengt regulert og legger mye av premissene for samarbeidet med private. I det følgende gis en kort omtale av regelverket og hvordan det har vært praktisert.

Det norske regelverket for offentlige anskaffelser implementerer EU-regelverket om offentlige anskaffelser, direktiv 2004/18/EF, som er en del av EØS-avtalen som Norge er bundet av. Det er neppe å overdrive å si at dette regelverket er både omfattende og komplekst. Lov om av offentlige anskaffelse (lov av 16. juli 1999 nr. 69 om offentlige anskaffelser (LOA)) har tilknyttet en forskrift, anskaffelsesforskriften (forskrift av 7. april 2006 nr. 402 om offentlige anskaffelser) (FOA)), som detaljregulerer hvordan slike prosesser skal foregå. Loven gjelder for statlige, kommunale og fylkeskommunale myndigheter samt offentligrettslige organer og omfatter både anskaffelser av varer og tjenester.

2.2.1 Lov om offentlige anskaffelser

Lovens intensjon er å sikre økt verdiskapning ved effektiv bruk av det offentliges ressurser og at folk skal ha tillit til at det offentlige tildeler sine kontrakter etter objektive kriterier og hindre korrupsjon og kameraderi:

Loven og tilhørende forskrifter skal bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser basert på forretningsmessighet og likebehandling. Regelverket skal også bidra til at det offentlige opptrer med stor integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte. (LOA §1)

2.2.2 Anskaffelsesforskriften

Noe forenklet, kan det sies at forskriftens første del er gjeldende for alle offentlige anskaffelser. Hovedregelen er at det, så langt det er mulig, skal være basert på konkurranse. Oppdragsgiver skal opptre i samsvar med god forretningsskikk, sikre forutberegnelighet, likebehandling etterprøvbarhet og gjennomsiktighet.

De to øvrige leddene i forskriften gir en detaljert regulering hvordan anskaffelser skal gjennomføres. For den type tjenester som er tema i denne oppgaven, er det kun forskriftens andre ledd som vil være aktuell. En anskaffelse etter del II, setter strenge krav til konkurransens gjennomføring, som i praksis og medfører bl.a. tallmessige vurderinger og vekting av tilbudets enkelte elementer som er endelig avgjørende for hva som kjøpes. Det medfører også at det kun er tillatt å inngå tidsbegrensede avtaler.

2.2.3 Unntaksbestemmelser for ideelle virksomheter

I Norge har vi en unntaksbestemmelse knyttet til anskaffelsesregelverket. Den åpner for at man kan forholde seg kun til de generelle bestemmelsene i forskriftens første del, dersom anskaffelsen kun gjelder tjenester som levers av ideelle organisasjoner og/eller leverandører innen rehabilitering (med noen presiseringer). Man kan da inngå avtaler som ikke er tidsbegrensede og gjennomføre konkurransen etter en noe forenklet prosedyre. Det er også en helt annen mulighet for oppdragsgiver til å gjøre helhetsvurdering når det samlede kjøpet skal settes sammen. Det gir også større fleksibilitet med hensyn til endringer underveis i avtaleperioden (Gulsvik, 2012).

Hvorvidt man forholder seg bare til del I eller del I + del II, er følgelig av stor praktisk betydning. For et regionalt helseforetak som skal sørge for å dekke tjenestebehovet for en befolkning, vil en anskaffelse etter del I ha klare fordeler. Det forutsetter imidlertid at man har tilstrekkelig med tilbydere som fyller kravene til en slik konkurranse. For Helse Sør-Øst har en anskaffelse etter forskriftens del I, i praksis bare vært aktuelt for TSB, psykisk helsevern (med unntak av behandling for spiseforstyrrelser) og rehabilitering.

I skrivende stund, er det mye som tyder på at skjermingen av ideelle virksomheter som ligger til grunn for unntaksbestemmelsen vil bli opphevet. Forenklingsutvalget stiller spørsmål ved lovligheten av dagens ordning (Nærings- og fiskeridepartementet, 2014). En rettslig gjennomgang av spørsmålet (Sejersted, 2014) tilsier at unntaksbestemmelsen må oppheves.

2.3 Relevant litteratur

Med bakgrunn i den tidsrammen som har vært til disposisjon, er de ikke gjort et en full gjennomgang av litteraturen på området. Jeg har imidlertid foretatt noen søk og har registrert mange treff på ”konkurranseutsetting” og relaterte begreper. En god del av det som kommer opp er juridisk/økonomisk stoff. Men det meste som er skrevet om konkurranseutsetting, synes å være meningsytringer, hvorav klart de fleste er negative til konkurranseutsetting. Det er et begrenset antall relevante vitenskapelige studier. Mest interessant er to publikasjoner fra Fafo, hhv. Bogen (2013) og Gautun et al. (2013). Jeg fant også to relevante masteroppgaver hhv. innenfor kriminologi/rettssosiologi og økonomi/ledelse

Bogen (2011) og Gautun et al. (2013) har begge gjort omfattende litteratursøk. Begges studiene omhandler primært konkurranser hvor kommersielle aktører deltar og de har derfor noe begrenset relevans for denne oppgaven. Begge påpeker at det er begrenset med forskning på området. Gautun et al sier følgende:

...Det er påfallende at det til tross for konkurranseutsetting og kommuners bruk av private kommeriselle driftere av sykehjem og hjemmetjenester får mye oppmerksomhet i offentligheten, og i den politiske debatt, ikke gjennomføres bedre, mer systematisk og omfattende kartlegging av kvalitet, samlede kostnader og arbeidsvilkår i kommunen, og på overkommunalt nivå.(2013, s.14)

Bogen har gjennomgått litteraturen på bl.a. konkurranseutsetting av kommunale pleie- og omsorgstjeneste og barnevern i Norge. Hun påpeker at tjenestene er metodisk vanskelig å sammenlikne kvaliteten, og finner heller ikke klare forskjeller mht. kvalitet og kostnader mellom private- og offentlig drevne tjenestene. Variasjonen som framkommer synes i større grad å være relatert til hvilken kommune som virksomheten betjener. Hun finner også at privat ansatte har noe dårligere pensjonsforhold, mens lønnsforholdene varierer. Arbeidsbelastningen tender til å være noe større i private virksomheter.

Gautun et al. (2013) har både foretatt en litteraturgjennomgang og intervjuundersøkelse med sentrale personer i fem kommuner og representanter for partene i arbeidslivet. Tema er utbredelse av konkurranseutsetting av hjemmetjenester og sykehjem samt hva dette har

betydd for kvaliteten på tjenestene, effektivitet, kostnader og ansattes lønns- og arbeidsvilkår. De vurderte også om tjenester til ideelle påvirkes når kommersielle aktører driver kommunale tjenester. I og med at konkurranseutsetting er adskiller mer utbredt i Sverige og Danmark, har man mer erfaring å bygge på i disse landene.

Gautun et al. (2013) fastslår at forskningslitteraturen viser at det verken i Norge, Sverige eller Danmark kan konkluderes entydig med at det er forskjeller i kvaliteten på tjenester som driftes av henholdsvis kommuner, kommersielle virksomheter og ideelle organisasjoner. De forskjellene som framkommer slår ut i ulike retninger og er gjennomgående små. I Gautun et intervjuundersøkelse framkommer kun små eller ingen forskjeller i kvaliteten på tilbudene som ytes av kommunene, kommersielle aktører og ideelle organisasjoner. Men også Gautun et al. tar forbehold knyttet til at det er flere metodiske problemer knyttet til å måle kvalitet.

Gautun et al. hevder at kommersielle tilbydere vinner ofte anbud fordi de tilbyr tjenester der det loves tjenester med bedre eller tilsvarende kvalitet til en lavere pris enn kommunene. De stiller spørsmål ved hvorvidt dette kan relateres til at kommunene ikke inkluderer transaksjonskostnadene. De hevder også at grunnen til at få ideelle deltar i konkurranser om kommunale tjenester, er at de har høyere lønns- og pensjonskostnader enn de kommersielle. Ansatte som arbeider i virksomheter som driftes av ideelle organisasjoner har normalt samme lønns- og pensjonsvilkår som offentlig ansatte. Sett under ett, tyder mye på at ansatte i kommersielt drevne tjenester ofte kommer ut noe dårligere.

Begatti (2013) har i sin masteroppgave i kriminologi/restssosiologi sett på Oslo kommunes konkurranseutsetting og hvordan konkurranseutsetting påvirker idealer og målsettinger for den kommunale rusomsorgen. Kommunen ivaretar sitt ansvar for kvalitet i tjenestene og om det er en hensiktsmessig strategi for å ivareta... Hun har intervjuet et begrenset antall ansatte i relevante tjenester. Det er en gjennomgående oppfatning at man anskaffer på en profesjonell og rettferdig måte, men at det er ressurskrevende. Om konkurranse som strategi, konkluderer Beddari at det er hensiktsmessig for å oppnå mer styring og kontroll og generelt effektivt for å sikre ivaretagelse av aktuelle mål og idealer, men at avtalene kan bli for lite fleksible og gir reduserte muligheter for skjønnsutøvelse. Andre funn er bl.a. konkurranseaspektet stimulerte til fragmentering og hemmer samarbeid.

Søyland (2014) har sett på mulighetsrommet for ideell aktører som følge av konkurranseutsetting av offentlige velferdstjenester generelt. Viktige funn i hennes oppgave er at etter at konkurranseutsettingen har skutt fart, har kommersielle styrket sin posisjon, og at konkurranseutsetting av offentlige velferdstjenester synes å medvirke til betydelig reduksjon av ideell sektor innenfor helse- og sosialområdet. Innenfor utdanningsområdet har ideelle styrket sin posisjon, men veksten i de senere år er også høy hos kommersielle, mens det innen helse- og sosialfeltet er synkende andeler for ideelle, sammenliknet med kommersielle organisasjoner og offentlig forvaltning innenfor alle økonomiske variabler. (Søyland, 2014, s.5)

2.4 Konkurranseutsetting av virksomheter innen TSB

Rusreformen medførte at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for institusjonene fra 01.01.04. For Helse Øst RHF innebar det 28 avtaler med 23 private avtalepartnere. Disse var svært forskjellige både med hensyn til type avtale (ytelse eller drift), innhold og varighet. Helse Sør-Øst RHF valgte å si opp alle løpende avtaler med de private for deretter å konkurranseutsette et tilsvarende volum med tjenester. Dette vakte den gang debatt, da næringsministeren midlertidig hadde unntatt feltet fra det offentlige anskaffelsesregelverket. (Bie, 2013)

Senere har alle RHF-ene konkurranseutsatt alle disse avtalene. Varigheten på Helse Sør-Øst RHF's avtaler har vært varierende, men i hovedsak 2 eller 4 år, ev. med opsjon på forlengelse på inntil 1+1 år. Fra og med 2012 gikk Helse Sør-Øst RHF over til å tegne såkalte ”løpende avtaler”. Dvs. at de ikke er tidsavgrenset som justeres med årlige ytelsesavtaler, men kan justeres både med hensyn til innhold og volum gjennom årlige ytelsesavtaler. Det er ikke endelig juridisk avklart hvor lenge en slik avtale kan løpe eller hvor store de årlige justeringen kan være. Første avtale vil være lenger enn fire år, men hvor mye lenger, er ikke avklart. (Schei, 2014)

For tjenester innen TSB, har Helse Sør-Øst RHF gjennomført anskaffelser med utgangspunkt både i bare del I og i del I pluss del II. Konkurransene i 2004 og 2008 samt tilleggsanskaffelse i 2009 var alle åpne anbudskonkurranse etter del I+II. Hovedanskaffelsene

var en åpne anbudskonkurranse hvor det deltok både ideelle og kommersielle aktører, mens tilleggsanskaffelsen var begrenset til å bare omfatte ideelle. Den siste konkurransen som ble gjennomført i 2012 samt tilleggsanskaffelsen i 2014 var begrenset til å omfatte kun ideelle aktører og man valgte da å ta unntaksbestemmelsene i bruk. Følgelig forholdt man seg kun til del I i forskriften. Det ble utarbeidet en ny, noe forenklet, prosedyreform hvor man la opp til mindre omfattende dokumentasjonskrav fra leverandørenes side og åpnet for en friere vurdering av tildelingskriteriene ut fra de samlede behovene. En vesentlig endring i de to siste anskaffelsene, er at man tegnet løpende kontrakter.. (Helse Sør-Øst RHF hhv. 2004, 2008, 2009, 2012 og 2014)

Anskaffelser etter del I alene, har gitt et regime hvor leverandørene og oppdragsgivere er gitt større forutsigbarhet og mer fleksibilitet. Samtidig er det anskaffelsestekniske arbeidet vesentlig redusert mens kravet til oppfølging har økt. Man har uttrykt seg positivt til denne nye måten å samarbeide på – det gjelder både fra fagfeltet og de regionale foretakene, men også fra politisk side. Helse Sør-Øst RHF har brukt dette som mal, videreutviklet den, og anvendt den i flere påfølgende ”del-I-anskaffelser”.

En gjennomgang av den økonomiske rammen for hhv. tidligere Helse Øst og Helse sør, viser en økning av den økonomiske rammen for anskaffelsen i 2004 på om lag 460 mill. kroner til i overkant av 1 mrd. kroner i 2014. (Hummelvoll, 2014). Fordi både beleggskrav og andel poliklinikk og ambulante tjenester m.m. er endret, er det ikke relevant å sammenlikne antall døgnplasser i perioden.

2.5 Innhold og omfang av avalene mellom Helse Sør-Øst RHF og private leverandører

2.5.1 Krav og føringer til innholdet i avtalene

De faglige føringene gis i konkurransegrunnlag kravspesifikasjoner eller informasjonsdokument (betegnelsen for konkurransedokument brukt i ”del-I-anskaffelser”). Disse danner grunnlaget for innholdet i avtalene som tegnes. En bredt anlagt behovsanalyse samt nasjonale og regionale føringer blir lagt til grunn. Dette formuleres som en omfattende

rekke av krav og føringer, hhv. til både selve virksomhetene og tjenestene som skal leveres, og blir utgangspunkt for tilbydernes svar og det regionale helseforetakets valg av leverandører. Disse dokumentene har vært litt ulike, men hovedtemaene er stort sett de samme. Kort oppsummert omfatter det:

- myndighetskrav
- hensyn til geografi og et mangfoldig og differensiert tilbud
- bruk av faglig, anerkjente og dokumenterte metoder
- individuelt tilrettelagt behandling
- tilrettelegging for helhetlige forløp, herunder samarbeid med andre relevante aktører
- bemanning og kompetanse
- tilgjengelighet
- likeverdige tjenester
- pasientsikkerhet
- informasjonssikkerhet
- henvisnings og inntaksrutiner
- ivaretagelse av pårørende, herunder barn
- individuell plan
- bruker- og pårørendemedvirkning
- kvalitetsforbedringsarbeid
- lærings- og mestringstiltak
- tilrettelegging for selvhjelpsvirksomhet
- samarbeid med relevante aktører
- rapporteringsrutiner
- god utnyttelse av kapasitet
- pris

(Helse Sør-Øst RHF, 2004, 2008, 2009, 2012 og 2014).

2.5.2 Omfang av avtaler

Etter at ansvaret for avtalene med de private ble lagt til de regionale helseforetakene, gjennomførte Helse Øst-RHF en i 2004 en anskaffelse som resulterte i at det ble inngått avtale med 18 tilbydere, med virkning fram til 30.06.2006, og avviklingsavtale med to

avtalepartnere. Tre avtalepartnere ble ikke omfattet av konkurransen, men disse avtalene ble lagt over i standard avtaleform fra og med 30.06.06. Alle avtalene hadde utløpsdato 30.06.2006 med mulighet for to års prolongering, noe som er benyttet i samråd med helseforetakene.

I 2008 ble de gjennomført en åpen anbudskonkurranse etter forskriftens del I pluss del II. Tre avtaleparter falt da ut, men en av disse kom inn igjen ifb. med en tilleggsanskaffelse som ble gjennomført i 2009. Den første konkurransen som ble gjennomført etter (kun) del I i anskaffelsesforskriften var i 2012. Flere av avtalene som da ble inngått, ble betydelig utvidet høsten 2014 ifb. med revidert nasjonalbudsjett.

Etter den siste (tilleggs)anskaffelsen i 2014, har Helse Sør-Østs RHF 22 avtaler innen TSB med en årlig verdi på om lag 1 mrd. kroner. Alle avtalene er med ideelle stiftelser. De fleste driver kun en institusjon, men det er også flere har mer omfattende avtaler med flere lokalisasjoner og flere delytelser. Den minste avtalen omfatter ti døgnplasser, mens den største omfatter 117 plasser fordelt på en rekke ulike enheter pluss to poliklinikker og egne samhandlingskonsulenter.

Det har vært en del oppmerksomhet rundt de som ikke har fått avtale etter konkurransene, bl.a. Stiftelsen Phoenix som prøvde saken rettslig etter anskaffelsen i 2012 - uten å få medhold. Men i realiteten er det svært få som har falt ut. Samlet for hele perioden gjelder det seks virksomheter, hvorav to har kommet inn igjen i nye konkurranser, dvs. totalt fire. Det har vært mindre oppmerksomhet knyttet til at ingen helt nye leverandører har nådd opp i konkurransene - til tross for at de i samtlige konkurranser har vært flere tilbydere som ikke har avtale. Når antall avtaler har gått fra 28 avtaler i 2004 (for Helse Øst og Helse Sør til sammen), ligger det også i dette at virksomheter har fusjonert og enkelte har gått inn i helseforetaksstrukturen. I tillegg har organisasjoner som allerede har avtale fått avtale for nye institusjoner. Det overordnede bildet er at man i 2014 i store trekk har de samme avtalepartene som i 2004. (Bie, 2014 og Helse Sør-Øst RHF, 2004, 2008, 2009, 2012, 2014)

2.5.3 Nåværende avtaler

Den siste ordinære anskaffelsen var i 2012 og resulterte i 18 avtaler. Med bakgrunn i revidert budsjett for 2013, ble avtalene utvidet til med 33 nye plasser samt at det ble lagt inn midler til

flere tiltak for å sikre helhetlige pasientforløp, bl.a. tre ambulante team. Våren 2014 ble det, med bakgrunn i budsjettet for 2014, utlyst nok en konkurranse som hadde hovedvekt på langtids døgnbehandling. Det ble inngått løpende avtaler om ytterligere 110 nye plasser etter dette. Det er ingen nye leverandører, men det er flere nye enheter. Flere av disse er lokalisert til bykjerner,

Hovedtyngden av avtalene gjelder døgnplasser, hvorav de fleste er langtidsplasser for behandling inntil ett år, hvorav to institusjoner har reservert seg mot å behandle pasienter som er i LAR: Avtalene omfatter også fem poliklinikker, tre ambulante team, diverse tiltak innrettet mot samhandling med kommunale tilbud, ett dagbehandlingstilbud, to familieavdelinger, avgiftningsenheter og plassering etter tvangsvedtak (både §§10-2 og 10-2a). Geografisk er behandlingstilbudene spredd i hele regionen – fra Øvrebø i Sør til Folldal i nord.

3 Nærmere om problemstillingen

Som allerede omtalt, medførte rusreformen at de regionale helseforetakene overtok fylkeskommunenes avtaler med private leverandører. Det var forutsatt at de regionale helseforetakene skulle sikre de privates mulighet til å bidra på et likeverdig grunnlag med de offentlige, og at kravene til offentlige og private skulle være de samme. (Helsedepartementet, 2004). Rammene for å tilpasse seg slike krav er imidlertid svært forskjellig. Selv om de offentlige behandlingsenhetene har gjennomgått store endringer, er de ikke konkurranseutsatt og vil ikke på samme måte som de private risikere å bli utestengt. Det har helt klart vært store endringer innen det offentlige tilbudet etter rusreformen, men styringen av disse tilbudene foregår på en annen måte og større omlegginger synes å ha mer karakter av endringer enn opphør.

Som nevnt innledningsvis, er konkurranseutsetting et aktuelt tema i samfunnsdebatten og som det framgår av litteraturgjennomgangen i kapittel 2.2, foreligger det forskning, om enn noe begrenset, på konkurranseutsetting av helse- og sosialtjenester. For denne oppgaven er målsettingen å få en forståelse av hvordan konkurranseutsettingen har påvirket de aktuelle virksomhetene, hvordan deres ledere har utviklet og driftet tilbudene for å tilpasse seg de krav som er stilt i anbudskonkurranser og oppfølgingen i avtaleperiodene. Hovedtemaet er om konkurranseutsettingen har hatt betydning for hvordan ressursene blir utnyttet.

God ressursutnyttelse er en intensjon i Lov om offentlige anskaffelser og i rusreformen og det er også vektlagt ifb. med rusreformen: Det overordnede målet for reformen var å få bedre tjenester og bedre behandlingsresultater. For å nå dette målet, ble det bl.a. vektlagt at man må utnytte tilgjengelige ressurser på en bedre måte:

For å nå målet er det nødvendig å klargjøre ansvar, utnytte ressursene bedre, styrke den tverrfaglige innsatsen og samarbeidet mellom ulike tjenester og fremfor alt videreutvikle kvaliteten i hjelpe- og behandlingstilbudet. (§ 2- i Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

I lov om offentlige anskaffelser (LOA), het det bl.a. følgende:

Loven og tilhørende forskrifter skal bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser basert på forretningsmessighet og likebehandling. Regelverket skal også bidra til at det offentlige opptrer med stor integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte.

Enkelte av kravene som er stilt gjennom konkurransedokumentene i anbudskonkurransene gjenspeiler tydelig en intensjon om bedre ressursutnyttelse, bl.a. begrensninger med hensyn til behandlingstid i døgningstjenester og krav om 100 % belegg. Men det er også stilt krav til kvaliteten på tjenestene, eksempelvis i form av bemanning, kompetanse og innhold som også er relevant for ressursutnyttelsen. (Helse Sør-Øst RHF, 2004, 2008, 2009, 2012 og 2014). Disse kvalitetskravene kan ikke sees uavhengig av de nevnte mer ”produksjonsmessige” kravene. God ressursutnyttelse forutsetter målrettede tjenester.

Oppgaven er innrettet mot hvordan tilbyderne har tilpasset seg til konkurransesituasjonen, hvordan de vurderer betydning av konkurranseutsettingen for ressursutnyttelsen og kvaliteten på tjenestene – om de mener ressursutnyttelsen har blitt bedre.

3.1 Hva innebærer bedre ressursutnyttelse?

Til tross for at denne oppgaven ikke innrettet mot å svare på om det har skjedd en endring med hensyn til ressursutnyttelse, er begrepet ”ressursutnyttelse” likevel sentralt. Noe forenklet kan ressursutnyttelse sies å være et forhold mellom bruk av ressurser og hva man får igjen. I en helsetjenestesammenheng, vil det handle om forholdet mellom kostnader og hva man får igjen av helsetjenester og/eller helse. I praksis vil det innebære store utfordringer både knyttet til å definere både hva som skal inngår i beregning av ressursbruken, og hva man får igjen. I de påfølgende avsnittene drøftes noen av disse utfordringene.

Utfordringer knyttet til å vurdere kostnader

Det er mulig å finne eksempler på avgrensede tjenester og tilhørende ressursbruk hvor man kan si noe forholdsvis presist om hvordan ressurser utnyttes. I en innkjøpssammenheng kan man for eksempel sette kostpris per døgnplass eller polikliniske konsultasjon. Å vurdere

kostnader på denne måten, gir klare utfordringer innen TSB: Behandlingsinnhold og intensitet varierer mellom institusjonene og, til dels, synes det også å ha endret seg over tid for en del av dem. (Rollag, 2014). Det er nødvendigvis ikke slik at kostbare tilbud med mange og høytutdannede ansatte alltid gir bedre og mer effektiv behandling enn mindre behandlingsintensive tilbud. Det er få absolutte sannheter i dette fagfeltet, slik at tre uker ved en institusjon nødvendigvis ikke gir mindre igjen enn tre måneder ved en annen. I tillegg er hver pasient unik, og deres respons på behandling kan også variere i ulike faser av forløpet.

Det er også stor forskjell på hva som inkluderes i ”stykkpriser”. Når det gjelder private tilbud, er det for eksempel store forskjeller med hensyn til hvor mye man benytter helseforetakene i forbindelse med undersøkelser og utredning, og mens noen eier bygningsmassen selv, må andre inkludere høye husleieutgifter i døgnprisen.

Utfordringer knyttet til å vurdere resultatet av ressursbruken

Det vanskeligste spørsmålet er muligens hva som skal legges til grunn for beregning av hva man får igjen for kostnadene. Spørsmålet knytter seg bl.a. til om man skal bruke kostnad knyttet til nærmere definerte tjenester eller velge å relatere seg til faktisk helsegevinst. Litt forenklet, vil det innebære at man forholder til mål som for eksempel ”antall leverte behandlingsdøgn” eller ”antall pasienter som har mottatt behandling”, versus det å relatere kostnaden til antall behandlinger eller pasientenes helsegevinst. De siste alternativene skaper betydelige utfordringer når man skal forholde seg til lidelser som både kan ha et kronisk og svingene forløp.

Noe som kompliserer bildet ytterligere er at ruspasientene er ustabile. De møter ikke alltid opp til behandling, de avbryter behandling og mange har gjentatte opphold. Det er også stor forskjell mellom pasientgruppene internt i TSB. Eksempelvis fullfører de aller fleste voksne alkoholmisbrukere behandlingsløp, mens yngre narkotikamisbrukere tenderer til å avbryte. Er det god ressursbruk hvis en pasient gjennomfører behandlingen og så reiser hjem etter det til et liv med rusmisbruk? I utgangspunktet ikke, men hvis dette er læring som medfører at pasienten på sikt kan håndtere sitt problem på en bedre måte – hva da?

Det skal også nevnes at pasienter som har så omfattende misbruksproblematikk at de trenger døgninnleggelse ofte er i behov av flere og sammensatte tjenester over tid. Selv innenfor

relativt standardiserte behandlingsløp vil det være store individuelle forskjeller med hensyn til hva den enkelte pasient trenger og hva han/hun faktisk får av behandling.

Mange hevder også at pasientpopulasjonen totalt sett har endret seg, og vi vet den har endret seg i mange av enkeltinstitusjonene. Dette framkommet bl.a. ved å sammenlikne snittalder for pasientene på innrapporterte tall til Helse Sør-Øst RHF (Rollag, 2014). Det betyr at selv om vi kunne beregne ressursbruken, ville vi ikke ha historiske tall som er egnet for sammenlikning.

Det hører også med til bildet at det er en gjennomgående utfordring at det mangler standardisert rapportering av kvalitetsvariabler. Utover tall fra senere år, av blandet kvalitet, for slikt som bruk av individuell plan, epikrisetid og fristbrudd til NPR, finnes det lite. Enkelte har tall for egen virksomhet, oftest i begrensede perioder og uten bruk av standardiserte variable. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid samlet inn standardiserte tall fra de private for bl.a. oppmøte, frafall og antall behandlede, men dette gjelder kun de siste tre årene.

Helse Sør-Øst RHF's krav til ressursutnyttelse for leverandørene

Som omtalt i 4.2.1, etterspør man i konkurransene faglig gode, individuelt tilpassede tjenester som henger sammen med det øvrige tjenesteapparatet. Det er en rekke detaljerte evalueringskriterier, bl.a. knyttet til bemanning, behandlingsinnhold og lokaler. Dette er primært kvalitetskrav, men kan også sies å være viktige med tanke på god ressursutnyttelse. I avtalene er det mange forpliktelser knyttet til kvalitet, men også momenter som er direkte knyttet til bedre utnyttelse av ressursene. Det gjelder bl.a. krav knyttet til redusert liggetid i døgnenheter og 100 % belegg. Selv om de aller fleste klarer å fylle beleggskravet (pasienter ligger nå kun unntaksvis inne utover ett år (Helse Sør-Øst, 2014)), er nok begge kravene utfordrende for mange og vil kunne ha direkte innflytelse på den daglige driften

Døgnbehandling er utlyst enten som korttidsbehandling inntil seks måneder eller langtidsbehandling inntil tolv måneder. Dette er ikke absolutte rammer, men angitt som normal behandlingsslengde, hvor det åpnes for lengre behandlingsløp kun etter individuell vurdering. Dette var en stor omstilling for mange langtidsinstitusjoner og skapte mange reaksjoner når dette første gang ble lagt inn i konkurransegrunnlaget i 2008. Mange steder var det vanlig med flere års behandlingstid. Gjennom rapporteringssystemet ble det lagt opp til at

det skulle registreres hvor mange som var ut over den ordinære behandlingstiden. Det ble også lagt opp til å registrere en rekke ulike variable som bl.a. ville kunne gi et bilde av hvordan den enkelte leverandør praktiserer dette kravet.

Avtalen som tegnes mellom partene setter krav til belegget. For døgnenhetene er kravet 100 % belegg. Den månedlige utbetalingen svarer til dette. Hvis de leverer mindre, trekkes de tilvarende, men først når leveransen er under 95 %. Institusjonene følges månedlig gjennom en fast rapportering av belegget. Dette knyttes opp mot bl.a. antall pasienter som er lagt inn og skrevet ut.

4 Metode

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder kan sies å være forskningsstrategier som egner seg for å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper og/eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Bruk av slik metodikk kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte. Selv om ikke alle perspektiver er like relevante, kan virkeligheten alltid kan beskrives ut fra ulike perspektiver. Forskerens perspektiv og posisjon får derfor stor betydning for kunnskapen som framkommer (Malterud 2003, s 31). Dette kapittelet innledes derfor med en vurdering av mitt perspektiv og hvilken betydning min rolle kan ha for hva som framkommer.

4.2 Betraktninger rundt min egen rolle

Jeg har tidligere jobbet på oppdrag fra Helse Øst RHF og senere Helse Sør-Øst RHF med koordinering av pasientsaker innen TSB – etter hvert også rapportering og analyse av data for pasientstrøm. I kraft av dette, deltok jeg som ekstern rådgiver i anskaffelsen som Helse Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2008, tilleggsanskaffelsen i 2009 og den ordinære anskaffelsen i 2012. De siste to årene har jeg jobbet i den avdelingen i Helse Sør-Øst RHF som gjennomfører anskaffelser og følger opp avtalene med de private TSB-leverandørene. Med andre ord, har jeg mye erfaring fra feltet og er godt orientert om de privates avtaler og hvordan de driver. Det betyr at jeg vil kunne ha gode forutsetninger for å stille adekvate spørsmål, men jeg sees nok på som representant for deres oppdragsgiver - også når jeg møter dem i en rolle som student/forsker.

Selv om jeg for mange år siden jobbet selv på en privat institusjon, som nå har avtale med Helse Sør-Øst RHF, er jeg nok en mye preget av mine erfaringer som HF- og RHF-ansatt. Jeg ser nok en person med ”RHF-øyne”, Det er å anta at det kan påvirke både hvilke spørsmål jeg stiller, hvordan jeg fortolker svarene og analyserer det materialet jeg får.

At jeg har den jobben jeg har, vil trolig også kunne påvirke svarene som gis; selv om jeg ikke er lederposisjon og det meste av arbeidet knyttet til avtalene med de private gjøres i tett samarbeid med fagavdelingen i det regionale foretaket, er jeg nok en person som leverandørene av strategiske grunner ønsker å ha en god relasjon til. Det er derfor mulig at informantene vil være vegrende til å si noe som kan få negative effekter for avtalen de har. Jeg sitter i en posisjon hvor jeg har mye innflytelse over hvordan avtalene forvaltes.

Samtidig er det slik at det, etter min vurdering, er en god og samarbeidsorientert relasjon mellom RHF-et og de private leverandørene. For de som intervjues, vil det kanskje oppleves som en god anledning til å formidle det de mener er viktige erfaringer nettopp til meg. Det har vært mange åpne diskusjoner om både behandlingstid og belegg. Leverandørene har nå løpende avtaler og, jeg vil tro, at de oppfatter at de er i en relativt trygg posisjon. Det er slik sett liten grunn til å tro at det er forhold leverandørene ønsker å skjule for RHFet. Men dette er antakelser – og naturligvis ikke noe jeg vet sikkert. Belegg og beleggskrav er unektelig et ladet tema. Mange oppfatter kravene som urimelige, sammenliknet med det som gjelder for helseforetakene og, i motsetning til helseforetakene, har for lavt belegg direkte økonomiske konsekvenser for de private.

Jeg har ingen privat relasjon til noen av informantene.

Da jeg valgte informanter for oppgaven, ser jeg også at mine egne preferanse kan ha vært styrende for hvem jeg har valgt ut. Selv om jeg har vektlagt å velge informanter etter kriterier som jeg mener dekker oppgavens tema på en best mulig måte, kan det også være mindre bevisste valg som ligger bak når jeg søker ”gode informanter”. Innenfor de rammene som utvalgskriteriene gir, er det noen frihetsgrader. I kap. 4.3 redegjøres det for hvordan informantene er valgt ut og hvilke implikasjoner valgene antas å ha for hva som kommer fram i oppgaven.

Noen konkret forforståelse av oppgavens problemstilling har jeg vansker med å se at jeg har. Jeg kjenner meg åpen og spørrende til hvordan de opplever å delta i konkurranser og hvordan det generelt oppleves å være konkurranseutsatt. Men jeg ser at ulike virksomheter har hatt ulike forutsetninger for å gå inn i konkurransene, og man har måttet tilpasse seg i ulik grad. I hovedsak opplever jeg at leverandørene forholder seg lojalt til avtalen de har og tilstreber å levere gode tjenester innenfor rammene som det gir. Men jeg ser at selv om de aller fleste

klarer beleggskravet, er dette krevende. Jeg er usikker på hva det innebærer for driften. Jeg har også erfart sterke reaksjoner mot begrensninger med hensyn til liggetider i langtidsinstitusjoner og en del misnøye med rapporteringen.

4.3 Utvalg

Jeg har valgt et såkalt ”strategisk utvalg”. I følge Malterud (2008. s. 58) kjennetegnes et ”strategisk utvalg” av at man setter sammen informantene med tanke på å kunne besvare oppgavens problemstilling. Det er vektlagt at informantene representerer best mulig variasjonsbredden i populasjonen og at de er ”gode”, i betydningen at de kan mye om fenomenet. Begrensningen på tre personer er satt av hensyn til oppgavens omfang.

Informantene er ledere for virksomheter som har hatt avtale med Helse Øst/Sør-Øst siden rusreformen. Virksomheter som ikke har nådd opp i konkurransene, og som følge av det stått uten avtale, er derfor ikke inkludert i utvalget. Det er godt mulig representanter for disse virksomhetene ville kunne gitt viktig informasjon, men, med tanke på oppgavens problemstilling, ble det vurdert at det var viktigere at informantene hadde erfaring med avtaler gjennom hele den aktuelle perioden.

4.3.1 Utvalgsstrategi

Når det gjelder valg av informanter, så ble dette gjort gjennom to prosesser: Først ble alle virksomhetene delt inn i tre hovedgrupper, eller ”idealtyper”, basert på kjennetegn som ble antatt å være av betydning for deres forutsetninger for å nå opp i konkurransene. Det var ingen opplagte svar på dette, men hovedantakelsen er at det er to viktige skillelinjer:

- Virksomheter som i utgangspunktet har kjennetegn som passer inn i det tjenesteapparatet Helse Sør-Øst RHF ønsker å utvikle for TSB, vil ha mindre behov for å omstille seg og lettere kunne konkurrere om avtaler. Det vil for eksempel være virksomheter med en gunstig lokalisasjon som gjør at det er lett å få til et samarbeid med ett eller flere helseforetak, at man i utgangspunktet har en bemanning som svarer til det som kreves i konkurransene eller at man har en behandlingsmodell som ikke krever lang tid i døgnbasert behandling.

- Virksomheter som er store og ressurssterke vil trolig lettere kunne komme ut av en konkurranse med et godt resultat bl.a. fordi de vil ha et større miljø å støtte seg på når de skal skrive tilbud og gjennomføre krevende forhandlinger. Større virksomheter vil dessuten ha stordriftsfordeler og lettere kunne konkurrere med hensyn til pris.

Basert på det første kulepunktet, ble det tre hovedgrupper, eller ”idealtyper” identifisert: Den første er kollektivene. Den andre er tidligere vernehjem og kursteder, og den tredje er a-klinikkene. Det finnes ulike virksomheter med ulike størrelser og ressurstyngde på tvers av idealtypene. Denne diversiteten er forsøkt ivarettatt i utvalget. Populasjonen av institusjoner som de tre informantene representerer, dekker rimelig godt denne bredden.

Det er verdt å nevne at dette er idal-typer med utgangspunkt i historiske og ideologiske tradisjoner. Skillelinjene er nok fortsatt til stede, men de er ikke lenger like tydelige, trolig bl.a. pga. de endringene som har skjedd etter at fagfeltet ble spesialisthelsetjeneste. Likevel er mitt inntrykk er at de representerer ganske ulike utgangspunkt for den utviklingen som er gitt i nasjonale og regionale føringer for utvikling av TSB. Eksempelvis ligger de fleste A-klinikkene sentralt i forhold til befolkningstunge områder og helseforetak, de har korte og intensive behandlingsprogrammer med tilknyttet og god dekning av leger og psykologer. Mange av kollektivene ligger avsides til, har tradisjon for mangeårig behandling – fortrinnsvis medikamentfri og hadde ofte lege og/eller psykolog knyttet til seg i små bistillinger når de gikk inn i spesialisthelsetjenesten. Vernehjemmene og kurstedene var også gjerne avsidesliggende, hadde lite behandlingsinnhold og svært begrenset med fagpersonell.

Fra hver av gruppene valgte jeg ut en informant. Alle informantene er personer jeg visste hadde deltatt i anbudsrundene siden 2004, som sitter i en sentral posisjon i sin virksomhet og kjenner de prioriteringer og beslutninger som er gjort - og som i tillegg er engasjerte fagpersoner. Alle tre som ble spurt sa seg villig til å delta. Informantene var fra Trasopklinikken, Stiftelsen Fredheim og Tyrilistiftelsen.

4.4 Beskrivelse av institusjoner som er representert i utvalget

4.4.1 Tyrilistiftelsen

På initiativ fra Sentralrådet for narkotikaproblemer og Sosialdepartementet, ble Tyrilistiftelsen opprettet i 1980 som en ideell stiftelse. Det skulle være som et alternativ og supplement til eksisterende rusbehandling. Man ville skape et mer helhetlig og fleksibelt tilbud til rusavhengige som var ubyråkratisk og uten for mange formaliteter. (Tyrilistiftelsen 2014)

Starten var Tyrilikollektivet i Mesnali, der seks voksne, to barn og seks elever flyttet inn. Man hadde et sterkt ønske om å hjelpe unge rusmisbrukere. Ulf Jansen var leder, og forsvarte at rusavhengige skulle hjelpes med tvang. Tyrili mente fra starten av at rusen hadde et så sterkt grep på de avhengige at andre måtte ta avgjørelsen om hjelp for dem. De første årene var preget av kamp på mange fronter. Debatten om tvang raste blant fagfolk. Samtidig var ikke alle i nabolaget i Mesnali glade for å få et kollektiv for rusavhengige dit. (Tyrilistiftelsen 2014)

Under HIV-epidemien som brøt ut noen år senere, sto Tyrili i spissen for at de syke skulle få være i behandling på lik linje med andre. Dette banet også vei for en liberal holdning til legemiddelassistert behandling (LAR), som mange rusinstitusjoner tilbyr i dag. (Tyrilistiftelsen 2014)

Siden den gang har ulike prosjekter og behandlingssenheter i Tyrili gradvis vokst fram i takt med utviklingen av rusmiljøene i Norge, politiske føringer og mest av alt den enkelte rusavhengiges behov. Man har etter hvert flyttet mye virksomheten fra rurale strøk inn i byene. Det er nå enheter i Oslo, Lillehammer, Trondheim, Skien og Porsgrunn. En enhet i Arendal er under planlegging. Behandlingstiden har blitt kortere og stadig mer foregår i pasientens eget lokalmiljø. I tillegg til behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten, har man barnevern, kommunale tilbud og egne tilbud for innsatte i fengsel ("Stifinner'n"). (Jansen 2014)

Per august 2014 hadde Tyrilistiftelsen 144 avtaleplasser og 153 årsverk. Avtalene er med barnevernet, Helse Midt RHF og Helse Sør-Øst RHF. Tyrilistiftelsen har 82 avtaleplasser med Helse Sør-Øst RHF som støttes av to ambulante team for oppfølging før og etter innleggelse. Behandlingstiden i institusjon er normalt inntil 12 måneder. (Jansen 2014)

På hjemmesiden sin (www.tyrili.no), skriver Tyrelistiftelsen at rusreformen i 2004, bidro til å profesjonalisere behandlingstilbudet, som igjen bidro til et mer nyansert syn om rusavhengighet. Flere yrkesgrupper, som psykologer og leger, ble en del av tilbudet, slik at psykisk og fysisk tilleggsproblematikk ble ivaretatt på en bedre måte. (Jansen 2014)

4.4.2 Trasoppklinikken

Trasoppklinikken het ved oppstart i 1951 «A-klikken». Initiativet kom via hjemvendte, tørrlagte alkoholikere fra USA med et brennende ønske om å hjelpe andre gjennom Anonyme alkoholikere (AA). I tillegg til behandling med utgangspunkt i AA-modellen, var det et viktig anliggende å gi alkoholikerne medisinsk hjelp. Derfor ble leger engasjert allerede fra starten. Dette blir gjerne sett på som det første egentlige behandlingstilbudet for alkoholmisbrukere i Norge. Tilbudene man hadde i tiden før dette, hadde mer karakter av ”lavterskelhjelp”. (Nådland, 2014)

Etter flere runder med flytting i Oslo-området fikk man en betydelig gave og bygget en ny klinikk på Trasopp som fra 1968 fikk navnet ”Trasoppklinikken”. AA ønsket ikke å drive forretningsmessig virksomhet og trakk seg ut av styret i 1954. Fra 1957 ble virksomheten omgjort til en stiftelse hvor AA er representert i styret. (Nådland, 2014)

Som nevnt under den historiske oppsummeringen, ble A-klinikkene knyttet til sykehusloven i 1970. Dette synes å ha preget utviklingen for disse institusjonene. A-klinikkene hadde ved inngangen til rusreformen et innhold og en bemanning som, i motsetning til kollektivene, bar preg av vekt på medisinske og helsefaglige perspektiver. (Nådland, 2014)

Trasoppklinikken framstår i dag som et helhetlig tilbud til alkohol- og medikamentmisbrukere. Det er en egen avgiftningsavdeling med seks plasser, korttids

døgnbehandling med 29 plasser og en egen dagavdeling. Avtalen med Helse Sør-Øst omfatter hele virksomheten. (Nådland, 2014)

4.4.3 Fredheim

Lov om edruskapsvern og lov om sosial omsorg, av hhv. 1932 og 1964, la grunnlaget for opprettelse av vernehjem. Vernehjemmene skulle være en erstatning for arbeidshjem og tvangsarbeidsanstalter for arbeidsuføre og bostedsløse alkoholmisbrukere etter at løsgjengerlovens bestemmelser ble opphevet i 1970. En rekke Hedmarks- og Opplandskommuner gikk først sammen om å opprette et eget vernehjem, men da man så at det var behov for et eget hjem i Hedmark, etablerte Hedmarkskommunene Fredheim på Nes i 1974. (Strype, 2014)

Beboerne var menn som var preget av mangeårig alkoholmisbruk. Gårdsdrift var helt sentralt i virksomheten. Bemanningen var i hovedsak en styrer, en husmor og arbeidsledere. Disse drev institusjonen sammen med beboerne. Ressursene var begrenset og man baserte seg mye på sjølberging. For noen var det nok av stor betydning å kunne ha et slikt arbeid og en opplevelse av fellesskap og omsorg, men utover det var det ikke behandling i vernehjemmene. Man knyttet til seg tilsynsleger og tilsynssykepleiere, men disse var kun ansatt i små bistillinger. (Strype, 2014)

4.5 Intervjuer

Alle tre intervjuer ble gjennomført på tilnærmet samme måte. Varigheten var hhv. 35, 45 og 60 minutter. To av intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass, mens det siste ble gjennomført på en høyskole.

Intervjuene var semistrukturerte og organisert tematisk. Det ble brukt en sjekkliste (se vedlegg). Alle fikk samme informasjon i innledningen hvor jeg bl.a. tydeliggjorde min rolle som student til forskjell fra det å representere Helse Sør-Øst RHF. Det ble også informert om at jeg ikke ville bruke navn på informantene i oppgaven, men at jeg ville oppgi hvor de arbeidet. Jeg sa også fra at alle vil bli forelagt teksten før den trykkes, slik at de hadde kunne korrigere og legge informasjon samt ha mulighet for å be om at oppgaven unntas offentlighet.

Hvert tema ble innledet med et åpent spørsmål. De restrerende spørsmålene oppført under temaet ble kun stilt dersom ikke informanten uoppfordret tok adresserte temaet under det åpne spørsmålet. Nøytrale spørsmålsformuleringer ble tilstrebet.

Etter intervjuene, ble alle lydfilene gjennomgått og transkribert før de ble analysert. I analysen ble teksten fra de tre intervjuene først organisert tematisk og deretter gjennomgått med tanke på fellestrekk og ulikheter. En foreløpig oppsummering av funn og analyse av funnene ble sendt informantene, slik at de kunne korrigere og ev. supplere. Alle informantene meldte tilbake at de kjente seg godt igjen i det som var gjengitt. Ingen av dem ønsket å korrigere eller komme med nye innspill.

5 Analyse av intervjuer

5.1 Oppsummering av funn

5.1.1 Arbeidet med tilbud og selve anskaffelsesprosessen

I all hovedsak var informantene positive til at det gjennomføres konkurranser. To av informantene påpeker dilemmaer knyttet til om det er riktig å prise slike tjenester, men konkluderer likevel med at det både er nødvendig og riktig. Det er store summer virksomhetslederne forvalter, og det pekes på at det å prise tjenestene gir en bevissthet med hensyn til hvordan man forvalter ressursene. To presiserte at det å beregne pris og konkurrere på pris, er dessuten viktig fordi det øker kostnadsbevisstheten.

En av informantene er særlig tydelig på at konkurranseelementet er inspirerende i seg selv. Vedkommende mente at ønsket om å oppnå ny avtale i neste runde stimulerte til å levere gode tjenester. Det ble også påpekt at tydelige krav, og vissheten av at man blir fulgt opp, er stimulerende for en virksomhet. En informant påpeker at det er lett å bli gående i samme spor og stenge av for korreksjoner fra andre, dersom man driver institusjon uten ”å bli sett etter i kortene”. Vedkommende sa følgende:

Det har vært viktig for oss å få krav på oss i forhold til å tydeliggjøre hva er det vi holder på med.

Det som både er gjennomgående og tydelig er at den jevnlige konkurranseutsettingen har tvunget leverandørene til å gjennomgå egne rutiner og gjøre kvalitetsforbedrende arbeid. Man har også måttet gjøre endringer i tråd med de til enhver tid gjeldende krav. Én forteller også hvordan man har benyttet mulighetene konkurransene har gitt til å tenke nytt og selv initiere utvikling i tråd med behovene i feltet.

Å forhandle om nye kontrakter har gitt leverandørene økonomisk mulighet til å holde tritt med de økte kravene til kvalitet og rom for utvikling av tjenestene for øvrig. Alle de tre aktuelle virksomhetene har økt volmet av døgntil behandling i avtaleperioden. To av dem har

også differensiert tjenestene: Tyrili har nå både langtids- og korttidstilbud samt avgiftning og ambulante tjenester, mens Trasoppklinikken har fått avgiftning og et eget dagtilbud.

En av informantene nevnte også at det er positivt at avtalene har vært forutsigbare. Dette til forskjell fra erfaringer med løpende avtaler hvor oppdragsgiver krever store endringer fra år til år, og der endringen først meldes ifb. med budsjettet mot slutten av foregående år.

Én av informantene mente at konkurranseutsettingen har vært uheldig for feltet fordi aktørene i feltet har blitt vært mer opptatt av å verne om egne ”forretningshemmeligheter” enn å bidra til det faglige fellesskapet. Vedkommende uttrykte det slik:

*Der er klart at når du blir satt i et hinderløp, så skal du komme først fram i den løypa.
Det skjer det noe med deg dynamisk i forhold til at man ikke blir så opptatt av å dele.
Man blir mer opptatt av sine egne bedriftshemmeligheter, for å si det sånn.*

Det var imidlertid ingen andre som nevnte akkurat dette, og en av de andre informantene var tydelig på dette ikke var et problem.

En annen negativ effekt som ble påpekt av én av informantene, var at konkurranse kan skape usikkerhet i personalgruppa slik at man blir mer opptatt av denne usikkerheten enn å gi god behandling.

Det var gjennomgående at institusjonsledelsene bruker en god del tid på å skrive tilbud, og at det er institusjonsleder med støtte av faglig leder som har hovedansvar for arbeidet.. Det var også gjennomgående at dette er noe lederne gjør i tillegg til alle sine øvrige oppgaver – at det i praksis tar lite ressurser fra den ordinære driften. Alle støttet seg på bistand på enkeltområder fra ressurspersoner eller grupper i egen organisasjon eller styre. Ingen hadde brukt eksterne ressurser. Ledernes tidsbruk ble anslått til 2 til 3 uker intensiv jobbing. Bistanden fra organisasjonen for øvrig ble oppgitt å være i noe varierende omfang.

Alle informantene har vært med i mange anbudsrunder i regi av andre oppdragsgivere i tillegg til Helse Sør-Øst RHF. Én informant sa at det nærmest hadde blitt en vane å være i konkurranse. Alle beskrev faste rutiner for hvordan man jobber. Én informant oppga at anbudsrundene etter hvert medførte noe mindre arbeid ettersom mye dokumentasjon allerede

forelå fra tidligere anbud, men dette var ikke gjennomgående. Alle påpekte at kravspesifikasjonene også utvikler seg og at det slett ikke bare var ”klippe og lime”-arbeid. Én informant påpekte at en muligens at de hadde fått et stadig høyere ambisjonsnivå, slik at arbeidet med tilbudene slett ikke hadde blitt mindre til tross for at man har vært gjennom prosessene flere ganger. En annen beskrev en arbeidsprosess som starter allerede i forkant av ulysninger, hvor man systematisk jobbet med å planlegge forbedring og utvikling av tilbudet sitt.

Det var ikke gjennomgående at man oppfattet at den noe forenklede anskaffelsesformen som Helse Sør-Øst RHF nå benytter, har gitt mindre arbeid. Den har gjort en forskjell, men man relaterer det mer til hvordan man nå samhandler med oppdragsgiver. En av informantene påpeker at det har vært et klimaskifte, og en annen sa:

Det er åpne samtaler rundt det dette handler om.Man kan på en måte ta de diskusjonene ut fra det vi står i.

5.1.2 Rapportering og oppfølging

Alle er positive til at det rapporteres på aktivitet og kvalitet. Alle har også noe de rapporterer internt i tillegg. En av informantene påpeker at det har vært for svak oppfølging tidligere, men at det er bra at man nå følger alle med de samme indikatorene og at dette presenteres for alle.

Alle er også inneforstått med at det er nødvendig å bruke en del tid på dette arbeidet. Men to av informantene er klart mer positiv til det nivået av arbeid man legger i det nå, enn den tredje. Den tredje informanten relaterer noe av misnøyen til at kvaliteten på rapporteringsverktøyet ikke er god nok til at man får nok igjen for arbeidet. Dette ble ikke trukket fram av de øvrige. Men i hovedsak var informantene positive. Det ble påpekt at det er viktig å føre kontroll med denne type virksomhet bl.a. fordi man forvalter store summer og fordi det faktisk handler om menneskers liv (og død). Det uttrykkes forståelse for at Helse Sør-Øst RHF må ha kontroll og det vises til det ansvaret man har som leder – for pasientenes helbred, ansatte, økonomi og gjennom avtalen med oppdragsgiver. I en slik posisjon ”må man tåle å bli sett i kortene” forklarte en av informantene.

Det er litt varierende hvor mye informantene vektlegger det som framkommer i rapporteringen i sitt daglige arbeid, mene følger sentrale parametere som belegg, oppmøte og gjennomføring. Én av informantene bruker parametrene særlig aktivt, bl.a. for å se utvikling over tid og for å involvere de ansatte i god måloppnåelse. Én annen nevnte at det er nyttig for virksomheten å kunne følge utviklingen med hensyn til hvor pasientene kommer fra.

5.1.3 Øvre grense for normert behandlingstid

For de som driver korttidsbehandling og/eller faste programmer, synes dette å være et mindre aktuelt tema.

Alle viser til sterke reaksjoner når denne føringen først kom, og at det nå er mindre kontroversielt. De som driver døgnbasert langtidsbehandling, ser på det som positivt, men det knyttes til at man har andre forutsetninger for å drive behandlingen nå. Det gjelder bemanning og kompetanse, men det gjelder også at man kan ha flere tiltak å spille på. Eksempelvis kan man nå stille diagnose tidlig ved psykiatrisk problematikk og straks starte opp adekvat behandling av spesialist. Det at man har flere ansatte gir også mulighet for mer intensiv behandling, slik at de raskere griper tak i problematikken. De institusjonene som har redusert normert behandlingstid, sier begge at dette fører til at de nå får gitt flere behandling. Ingen av dem mener at dette har forringet behandlingen. De er helt klare på at det er riktig med en slik øvre norm på ett år, som kan praktiseres fleksibelt ut fra individuelle behov. Men de påpeker begge at dette ikke kan sees isolert fra at innholdet/kvaliteten på tilbudet har endret seg og at man mange får oppfølging/supplerende behandling andre steder. Dette summeres ganske godt opp i følgende utsagn fra en av informantene:

Da var det fryktelige ramaskrik blant de ansatte her som mente at det lot seg ikke gjøre å fullføre på et år. Men nå - det gjør det altså. Jeg tror at vi blir mer effektive. Og primærkontakter, koordinatore da, jobber på en litt annen måte. Setter fokus på mange ting tidligere enn de gjorde før. Før så hastet det liksom ikke – når du hadde to år på deg. Du hadde laaang tid. Du kunne bruke god tid. Nei, så jeg tror at ett år er riktig. Inntil et år. Så skal du da ha gode grunner til å forlenge.

En av informantene sier en god del om at man har utviklet synet på hvordan langtids oppfølging bør være – basert på nyere kunnskap. Vedkommende mener at en øvre grense for standard behandlingstid i døgninstitusjon på ett år har vært viktig for å tenke gode løsninger. Vedkommende sier at fagfeltet har lett for å henge fast i gamle dogmer, og at i realiteten trenger svært mange pasienter trenger gjentatte behandlinger. God behandling forutsetter at

man snakker om varighetene av det enkelte døgnoppholdet, men tid i sammenheng med tilknytning. Vedkommende sier:

....og det betyr at det er ikke nødvendigvis 3 måneder, 6, 12 og 18 måneder som er avgjørende. Det som er avgjørende er om det er andre gangen, tredje gangen. Du må se på dette i sammenheng over år – i forhold til at folk er inne i ulike perioder i forhold til hva de trenger. Hvor de har vært hen i sin egen prosess, for å ta det videre.

5.1.4 Beleggskravet

Én av informantene er tydelig på at det er viktig at institusjonene presses på et beleggskrav med tanke på de store kostnadene som er forbundet med å drive døgnbehandling. En annen setter beleggskravet/utnyttelse av sengekapasiteten inn i en litt bredere sammenheng:

Verden har jo endra seg. Det er vel litt riktig også i forhold til hva er behovet for de som står ute også?

Krav om 100 % belegg oppfattes imidlertid som stramt/svært stramt – særlig når man sammenlikner med de offentlige. Én av informantene sier:

Vi synes nok at 100 % er ganske "heavy", og egentlig 95 % er likeså. For skal vi klare det, så må vi sørge for at vi har litt overbelegg. Det er ikke sånn at pasientene står helt klar til å komme og vi har jo en "drop out"-prosent på rundt 10 %.

Men, i og med at man ikke trekkes før man ev. leverer under 95 %, gjør at det oppfattes som noe mer rimelig. Men det påpekes at det bør utøves skjønn, da det ofte er forhold som virksomhetene selv ikke rår over som medfører at beleggskravet ikke nås.

Alle beskriver at inntaksarbeidet er viktig for å sikre at pasienter faktisk kommer i behandling og at det er svært viktig å holde pasienter i behandling, å hindre avbrudd. Man jobber mer aktivt med pasienter på ventelistene enn tidligere; godt forberedte pasienter er mer tilbøyelige til å møte opp og gjennomføre behandlingen. Beleggskravet kombinert med at det ikke lenger er en ordning som gir økonomisk kompensasjon når pasienter uteblir, er et incentiv for institusjonene til å jobbe med dette å få han/henne til å møte opp og fullføre behandling. Det beskrives forbedring av rutiner for å hindre "no show" og "drop-out". På spørsmål om hva man gjør rent konkret, svarer én av informantene:

Ringning. Skrivning og ringning. Masse ringning!

I tillegg oppgir informanten at de har styrket samarbeidet med lokalt tjenesteapparat og ”pusher” dem til å støtte pasienten fram mot innleggelser, ev. for å returnere til institusjonen ifb. med ruspisoder. Én av informantene nyanserer bildet noe: Vedkommende påpeker at beleggskravet stimulerer til å holde pasientene i behandling, men at de tiltakene som settes inn primært er innrettet mot at pasienten får et behandlingsløp de kan lykkes med.

Én av informantene beskriver store endringer med hensyn til hvordan man jobber med inntak og avbrudd og sier bl.a.:

Det er gjort veldig mye med inntaksarbeidet. Det har vært en veldig kvalitetsøkning.

og videre:

Når de har vist vrangsidene sine, de umulige sidene sine, så har vi ikke gitt dem opp. Vi har ikke skrevet dem ut på grunn av alle disse tingene. Men vi har gått runde på runde på runde og at det har vært en veldig bra side av det også. Men, det er klart, at hadde vi ikke hatt dette kravet om liggetider, eller beleggsprosenten, så ville dette bare ligge sånn.

Alle er opptatt av at senger skal utnyttes godt, og én av informantene er særlig klar på at institusjonens behov for belagte senger ikke må være styrende for hvilken behandling pasientene får. Vedkommende sier:

Det kan ikke forsvares at logistikken skal være avgjørende for hvor lenge en pasient får behandling. Det er jeg prinsipiell motsander av.

Det er heller ingen som sier at beleggskravet har ført til at man lar pasientene være innskrevet lenger i døgnenhet. Informanten som jobber i en korttidsinstitusjon med standardisert program, sier at det ikke er en aktuell problemstilling, i og med at man har standardisert program/liggetid. Imidlertid har man økt lengden på det standardiserte programmet noe, men dette er begrunnet med faglige hensyn.

Én av informantene dveler noe ved den tidligere ordningen hvor det ble gitt økonomisk kompensasjon hvis det var ”kalde senger” forårsaket av at pasienter ikke møter til innleggelse, uteblir fra permisjon mv. Vedkommende er enig i at det stimulerer til å jobbe for å få pasientene til å møte, men mener at det gir for liten fleksibilitet til å kunne tilpasse seg den enkeltes behov, og at ordningen kan medføre at pasienter blir liggende unødig lenge i døgnet.

5.2 Vurdering av funn

I all hovedsak var informantene positive til konkurranseutsetting som prinsipp – noe som kanskje ikke er overraskende, tatt i betraktning at samtlige informanter representerer virksomheter som har kommet god ut av konkurransene. Sannsynligvis ville ikke svarene hatt samme valør om representanter for virksomheter som ikke har nådd opp i konkurransene, og som følge av dette måtte legge ned, hadde vært inkludert i utvalget. Dette og enkelte andre sider knyttet til utvalget betydning for funnene omtales nærmere under kap. 5.2.1.

Det er generelt mange funn som kan omtales som ”positive”. Det kan være en god beskrivelse av virkeligheten, men det kan også være farget av andre forhold. Viktigst er trolig det forholdet at utvalget bare omfatter virksomheter som har hatt avtale gjennom hele den aktuelle perioden. Det er i det hele tatt få som har falt ut i perioden, og de økonomiske rammene har økt langt utover lønns- og prisstigning. Følgelig har trusselen om å miste avtale eller komme ut med en svekket avtale, i realiteten vært minimal. Det er neppe å forvente at informantene ville referere negative erfaringer med å være konkurranseutsatt når man har hatt slike rammebetingelser.

Et annet forhold som kan være av betydning, er at selv om informantene ikke er nevnt ved navn, er de i realiteten ikke anonyme: Institusjonene de jobber ved er nevnt, og for en som er kjent i feltet, er det neppe vanskelig å gjette hvem informantene er. Det er sannsynlig at de kan føle seg forpliktet til å gi et inntrykk som setter virksomheten hvor de jobber i et godt lys; de ønsker å gjøre et godt inntrykk – ikke bare i relasjon til Helse Sør-Øst RHF og meg, som drøftet under kap. 4.2, men også med tanke på egen arbeidsgiver og feltet for øvrig.

Konkurransene har bl.a. tvunget fram en prissetting av tjenestene som man på ulike måter sier er disiplinerende. Dette er en viktig påpekning. Informanten som arbeider ved et av kollektivene påpekte at konkurransesituasjonen har vært uheldig med tanke på at man har blitt mindre samarbeidsorientert, mindre opptatt av å styrke faget sammen. De andre nevnte ikke dette. Det kan være at dette er noe som særlig gjelder kollektivene. Dette er ikke usannsynlig, i og med at det primært er behandlingstilbud innenfor denne tradisjonen som har falt ut ifb. med anbudsrundene. Sett bort ifra at én av informantene påpekte noe usikkerhet i personalgruppa knyttet til utfallet av konkurransen, er det lite negativt å spore om det å være konkurranseutsatt.

Det er forholdsvis få funn som sier noe helt konkret om konkurranseutsettingens betydning for endringer med hensyn til ressursbruk. Men langtidsinstitusjonene sier at de behandler flere pasienter per plass enn før. Det har trolig sammenheng med at informantene fra disse institusjonene sier at normene som er satt for behandlingstid har medført kortere innleggelser. Det er også interessant at man sier at begrensninger med hensyn til liggetid har bidratt til å stimulere til å bedre samarbeidet med eksterne. Det er ikke rom for å bruke verdifull behandlingstid på for eksempel å vente på at kommunal bolig er tilgjengelig etter utskrivning. Man etablerer derfor tidligere kontakt med aktuelle samarbeidspartnere og man legger press på dem med hensyn til tidsfrister.

Det har også opplagt skjedd en kvalitetsforbedring når det gjelder bemanning og kompetanse som gjør at man har fått en mer målrettet behandling, så man rett og slett ikke trenger så mye tid som tidligere. I praksis kan man neppe relatere det direkte til det ene eller det andre forholdet. Trolig er henger dette sammen, samtidig har begge forholdene betydning hver for seg. Alle informantene sier at konkurransene har vært viktige for den kvalitetsmessige utviklingen. Det framkommer tydelig i alle intervjuene at kvalitet og god ressursbruk henger nøye sammen. Krav stilt i konkurransene har stimulert til endring og økonomien som har fult med har gjort det mulig å gjennomføre.

Gjennomgangen av egne rutiner og svar på de krav som gis, påpeker alle at er nyttig. Sett i lys av at vi her har med mange og til dels små og forholdsvis isolerte virksomheter, er slike runder kanskje særlig viktige.

Det er interessant å merke seg at en av informantene beskriver en mer aktiv holdning til anbudskonkurransene. Man analyserer behov og planlegger i forkant av konkurransene for å kunne tilby tjenester som svarer godt til oppdragsgivers behov. Tatt i betraktning av at TSB har vært et fagfelt i sterkt utvikling etter rusreformen er dette viktige funn. Det kan synes som om anbudsrunderne i seg selv har vært viktige både for tilpasningen til det spesialisthelsetjenesten krever og, til dels, utviklingen av tjenestene for øvrig. Det gjelder økonomi, organisering, bemanning og behandlingsinnhold. Det kan synes som om ”framdriften” til dels har vært initiert av krav og føringer i anbudsdokumentene, men initiativene har også kommet fra tilbyderne selv, hvor man har benyttet de mulighetene som konkurransene har gitt. Dette er et viktig funn i og med at de siste avtalene som er inngått er løpende. Det vil følgelig bli lenge før man vil få de samme brede prosessene hvor leverandørene gjennomgår og ev. utvikler egne tilbud. er det ikke avklart hvor lang tid det kan gå før en løpende avtale må konkurranseutsettes, men det er klart at det vil være vesentlig lenger enn fireårs perioder som har vært vanlig til nå. (Schei, 2014) Det vil opplagt sette større krav til oppfølgingen av avtalene fra Helse Sør-Øst RHF side enn hva som har vært tilfelle til nå.

Det er opplagt at det er langtidsinstitusjonene som har gjennomgått de største omstillingene. Det gjelder primært behandlingstid og bemanning. Men de prosessene som beskrives med gjennomgang av eget tilbud, riktig prissetting, tilpasning til krav som stilles og ev. annen utvikling av tilbudet.

Det er verdt å merke seg at ingen påpeker at arbeid knyttet til selve anskaffelsesprosessen er krevende, men ikke noe som i særlig grad påvirker driften av virksomheten forøvrig. Dette funnet kan synes å stå noe i kontrast til det som er referert i kap. 1.1 om transaksjonskostnader. Det kan være at informantene undervurderer dette arbeidet i og med at de alle er en av flere som arbeider med anbudene. Uansett synes det å være rimelig klart at dette er noe som er vesentlig mer belastende for Helse Sør-Øst RHF enn for de aktuelle tilbyderne.

I hovedsak stiller man seg positiv til rapportering og oppfølgingen av avtalene for øvrig. Det er noe varierende hvor mye ressurser man bruker, men det er vanskelig å se at det har noen klar sammenheng med størrelse på institusjonen eller hvilken ”ideal-type” man tilhører eller størrelsen på institusjonen.

Det som er slående i disse intervjuene er at dette er ideelle virksomheter – ikke bare i navnet. Alle informantene synes primært å bære opptatt av å gi god behandling. På ulike måter at det er det som må være styrende for hvilken behandling man gir og hvordan den er organisert. Drift av institusjonen og de ansattes ve og vel er også viktige hensyn, men det er pasientene som er deres primære fokus. Det er flere klare utsagn i den retning, selv om man medgir at bl.a. beleggskrav også er styrende for driften. De ulike interessene er imidlertid ofte sammenfallende: Kvalitetsforbedringer ifb. med inntak og avbrudd, er eksempler på dette. Beleggskravet synes å være et incentiv for å jobbe for å få pasientene i behandling og til at de gjennomfører. Dette er utvilsomt god ressursbruk.

Det er verdt å merke seg normen for varighet av langtids døgnbehandling synes å ha bidratt til at disse plassene utnyttes bedre enn tidligere. Man praktiserer tydeligvis den øvre grensen ganske fleksibelt, men mye tyder på at man har intensivert behandlingen og at man i større grad enn før unngår at pasienter bruker (dyre døgn)plasser på å vente for eksempel på en utredning og igangsette adekvat behandling eller på oppfølging i kommunen. Man har nå egne fagfolk som kan stille diagnose og initiere behandling og man har bedre systemer for å få til et samarbeid med kommunene.

5.2.1 Utvalgets betydning for funnene

Et begrenset antall informanter

Noe som trolig har påvirket funnene, er at de som er intervjuet, representerer alle institusjoner som har vunne fram gjennom konkurransene. De har fått avtaler med større økonomisk ramme og flere pasientdøgn/konsultasjoner. Det er svært sannsynlig at de ser positivt på situasjonen og de virkemidlene som har vært benyttet. Det er tidligere argumentert for at det var viktig å velge virksomheter som har vært med gjennom alle konkurransene. Imidlertid ville man også kunne fått viktige synspunkter fra institusjoner som har falt ut av konkurransen (for eksempel Langørjan gård og Kimerud Stiftelse).

Kjennetegn ved virksomhetene som informantene representerer

Tre informanter er ikke mange – selv med et strategisk utvalg. De representerer hver sine ”idealtipe-institusjoner”, men det er klart det er variasjoner innenfor disse gruppene og enkelte institusjoner som ikke helt faller innenfor noen av gruppene. Variasjonen i feltet er synes forholdsvis godt reflektert i utvalget av virksomheter som er utgangspunkt for utvalget i denne oppgaven.

Kort oppsummert om variasjonen i feltet:

Den største avtaleparten i Helse Sør-Øst har nærmere 120 døgnplasser med tilhørende poliklinikker, mens den minste kun har ti senger. Innholdsmessig er variasjonen minst like stor. Det er et spekter av ulike behandlingstilbud varierende med hensyn til faglige tilnærming, varighet, bemanning og intensitet. Det meste er langtids døgnbehandling inntil 12 måneder, men det er også mange som har kortere døgnbasert behandling samt dagavdeling og/eller poliklinikk.

Kort oppsummert om utvalgsvirksomhetens variasjon:

Institusjonene som er med i utvalget er blant de middels store til store. Tyrili er den nest største i volum og har ambulante team i tillegg til døgnplassene. De har relativt mange fagfolk og en egen FOU-avdeling. Trasoppklinikken er middels stor med poliklinikk og dagbehandling i tillegg til døgnenheten. De har et gjennomgående høy kompetansenivå. Fredheim som kun har døgnbehandling, er middels stor. De har relativt sett en lavere bemanning og et noe lavere formelt kompetansenivå enn de øvrige.

Det er å anta at størrelse og mye faglig kompetanse vil gjøre det lettere å hevde seg i anbudskonkurranser og at transaksjonskostnadene vil bli (relativt) lavere. Tatt i betraktning institusjonenes størrelse, bemanning og kompetansenivå, vil trolig informantens erfaring være noe mange kjenner seg igjen i. Det er heller ikke grunn til å tro at de er så spesielle med hensyn til størrelse, bemanning og kompetanse at det skulle medføre ekstreme svar.

Opprinnelig regional tilhørighet

Alle tre virksomhetene er innenfor det tidligere Helse Øst-området. Det er ikke valgt ut noen fra tidligere Helse Sør-området, da disse institusjonene har en mer begrenset erfaring med konkurranseutsetting; Fram til Helse Sør ble slått sammen med Helse Øst, hadde de løpende avtaler som i praksis var lik de tidligere avtalene med fylkeskommunene.

Det er vanskelig å si om den opprinnelige regionale tilhørigheten er av betydning for hvordan man oppfatter konkurranseutsettingen. Det dreier seg om to virksomheter, hvorav Borgestadklinikken, er den ene. Situasjonen for Borgestadklinikken er spesiell. De har lenge arbeidet for å ikke være konkurranseutsatt og ha driftsavtale på linje med enkelte andre ideelle virksomheter og er i liten grad representativ for andre enn seg selv i denne sammenheng. Det er ikke grunn til å tro at den andre avtaleparten i tidligere Helse Sør, Sauherrad Samtun, skille seg vesentlig fra de øvrige kollektivene, eller kollektivliknende virksomhetene.

Behandlingsinnhold

Gjennom valget av informanter er det søkt å avspeile variasjonsbredden blant institusjonene, men et begrenset utvalg kan nødvendigvis ikke dekke hele bredden. Men, det kan sies at informantene representerer noen historiske linjer og derved også, ideologisk sett, de viktigste hovedgruppene: institusjoner som har sitt utspring i de tidligere vernehjemmene, A-klinikkene og kollektivene. Fredheim har utgangspunkt i vernehjemmene – de første hjelpe- og omsorgstiltakene som ble etablert for alkoholmisbrukere. Trasoppklinikken har sin inspirasjon fra AA, og kan sies å være den første organiserte behandlingen for en samme pasientgruppa – hvor også det medisinske fikk en sentral plass. Tyrilistiftelsen har sin opprinnelse i kollektivbevegelsen, dvs. sosialpedagogisk baserte institusjoner som dukket opp etter at narkotikamisbruk ble et problem blant unge mennesker i Norge. Utvalget kan følgelig sies å dekke historiske linjer relativt godt. Men det favner ikke alt. Bl.a. er terapeutiske samfunn som kom inn som et behandlingsalternativ noe i etterkant av de første kollektivene, er ikke dekket. Helse Sør-Øst RHF har avtale med tre institusjoner som har behandling basert på en slik modell.

Behandlingslengde

Omsorgsnivå og særlig behandlingstid har vært et diskusjonstema i forbindelse med Helse Sør-Øst RHF's anskaffelser. Det har bl.a. vært kritikk av at man ikke har etterspurt døgnbehandling som normalt ikke har varighet over 12 md. Ingen av de som har avtale i dag har følgelig en lenger (normal) behandlingstid. Både Tyrilistiftelsen og Fredheim har redusert sin behandlingstid og det vil være interessant å få kunnskap om hva de tenker om denne endringen. Det kan videre tenkes at institusjoner som i utgangspunktet hadde tilbud med kortere behandlingstid og ev. poliklinikk og dagtilbud, vil ha hatt andre erfaringer enn de som bare har langtidsbehandling da ingen av dem ikke har vært satt samme krav til endring av

behandlingslengde for slike tilbud. Institusjonene som representeres i utvalget synes å dekke de aktuelle problemstillingene godt: Fredheim tilbyr kun langtids døgnbehandling inntil 12 md. Tyrili har både kort- og langtidsbehandling i døgninstitusjon (hhv. inntil 6 og 12 md.) samt ambulante team som følger opp før og etter innleggelse. Trasoppklinikken har avgiftning, korttidsbehandling i døgnenhet (inntil 6 måneder), poliklinikk og dagtilbud. Mange pasienter er i behandling over noe lengre tid på Trasoppklinikken ved at man for eksempel kombinerer innleggelse og poliklinikk.

Størrelse på institusjonene

Utvalgets sammensetning med hensyn til størrelse på institusjonen de er ansatt i, er rimelig god. Tyrilistiftelsen er den nest største avtaleparten til Helse Sør-Øst RHF. Bare Borgestadklinikken er større, men Borgestadklinikken konkurranseutsatte først etter sammenslåingen mellom Helse Sør og Helse Øst, og er derfor ikke inkludert i utvalget. Det kunne vært interessant også å se på utviklingen for de som opplevde denne endringen, men det er ikke prioritert i denne oppgaven. Fredheim og Trasopp er gjennomsnittlig store. De minste avtalepartene er ikke representert. Trolig ville de kunne ha bidratt med egne erfaringer, men av avgrensningshensyn er det ikke tatt inn.

5.2.2 Alternative tilnærminger og begrensninger ved utvalget

Man kunne også sett for seg et utvalg basert på målgruppen i behandlingsinstitusjonene, for eksempel med hensyn til alder eller misbrukstype, og at dette kunne ha betydning for hvilke erfaringer man har gjort med konkurranseutsettingen. Det er høyst usikkert om det vil ha noen innflytelse. Dessuten er trolig dette aspektet relativt godt dekket gjennom utvalget som er gjort; Trasoppklinikken behandler i all hovedsak voksne mennesker med alkohol- og medikamentmisbruk. De fleste er i arbeid eller søker seg tilbake i arbeid etter behandling.

Tyrilistiftelsen behandler mest narkotikamisbrukere som ofte også har et blandingsmisbruk. Deres pasienter er fra 18 år og oppover. De fleste er unge mennesker som har som målsetting å begynne på skole eller komme i arbeid. Fredheim behandler pasienter med alle typer misbruk, godt voksne og med mye tilleggsproblematikk. De aller fleste av deres pasienter er uføretrygdete. I utvalget er institusjoner som bare behandler de aller yngste, slik som Fossumkollektivet ikke inkludert. Det er mulig at disse institusjonene kan ha enkelte problemstillinger knyttet til anbudsregimet som ikke andre har – i og med at for eksempel

Fossumkollektivet også har konkurranseutsatte avtaler om barnevernsplasseringer. Imidlertid har Tyrilikkollektivet også en del pasienter fra barnevernet.

Innenfor TSB er det sterke og til dels motsetningsfylte forståelse av misbrukets/avhengighetens natur og hvordan den bør behandles. Dette har til dels historiske røtter (jf. historisk innledning). Dette kommer tydeligst til uttrykk i debatten omkring LAR (legemiddelassistert rehabilitering) og bruken av medikamenter mer generelt i behandlingen. Helse Sør-Øst RHF har i dag avtale med to institusjoner som har reservert seg mot å ta imot pasienter som er i LAR, Kvinnekollektivet Arken og Solliakollektivet. Det er godt mulig at representanter for disse institusjonene vil gi alternative syn på problemstillingen. Det samme gjelder de erfaringene som representanter for institusjoner som ikke har nådd opp i konkurransene har gjort seg. Det hadde absolutt vært svært interessant å få en bedre forståelse av deres erfaringer, men, i hvert fall til dels, faller dette også noe utenfor oppgavens tema som er erfaringer med det å være underlagt et slikt regime og den betydningen det har hatt for drift og utvikling.

Beliggenhet, primært med hensyn til sentral eller ikke-sentral beliggenhet og nærhet til helseforetakene, kan tenkes å ha en innflytelse på det å være konkurranseutsatt, bl.a. med tanke mulighet for samarbeid med andre og Helse Sør-Øst RHF's strategi med hensyn til lokalbaserte tjenester (Helse Sør-Øst RHF, 2008, Helse Sør-Øst RHF 2010 og Helse Sør-Øst RHF 2013). Det å ha en nær tilknytning til et eller flere helseforetak med et etablert samarbeid og/eller en beliggenhet i et befolkningstett område, kan tenkes å være fordelaktig. Dette dimensjonen er til dels godt dekket i utvalget: Trasoppklinikken ligger i et svært befolkningstett område. Fredheim er noe ruralt beliggende på Nes i Hedmark, men ikke mer enn en kort kjøretur fra Hamar. Tyrili har mange og ulike lokalisasjoner, alt fra sentrumsnært på Kampen i Oslo til Folldal med fjellheimen som nærmeste nabo. De har helt fram til det siste hatt hovedvirksomheten sin på Mesnali, ei lita bygd i mellom Lillehammer og Sjusjøen. Men de legger nå gradvis om og flytter sin virksomhet til byer eller bynære områder.

6 Litteraturliste

Beddari, Henriette Høyer (2013) *Rustiltak på anbud – idaler og realiteter. En studie av Oslo kommunes anskaffelser av tjenester for rusmiddelavhengige*. Masteroppgave i retts sosiologi. Institutt for kriminologi og retts sosiologi. Det juridiske fakultet. Universitetet i Oslo. Mai 2013

Bie, Frode (2013) *Vurdering av samlet kapasitet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)*. Upublisert materiale. Internt notat til adm.dir. fra Medisin og helsefag ved Frode Bie 16.04.2013. Tilgjengelig fra Helse Sør-Østs arkiv ved henvendelse til postmottak@helse-sorsot.no

Bie, Frode (2014) *Upublisert materiale*. Helse Sør-Øst RHF, Medisin og helsefag.

Bogen, Hanne (2011) *Privat drift av omsorgstjenester. Gjennomgang av nyere forskning*. Fafo-notat 2011:22 Fafo 2011

Dagens Næringsliv 2014. *Harde bud*. Dagens Næringsliv/Magasinet/Økonomi. Tilgjengelig fra 29.08.2014 <http://www.dn.no/magasinet/2014/08/29/2127/Nringsliv/harde-bud-03.11.2014>. Redaktør Amund Djuve

Direktoratet for forvaltning og IKT (2013) *Veileder for kjøp av helse- og sosialtjenester*. Difi-veileder 2013:2. Tilgjengelig fra <http://www.anskaffelser.no/verktøy/veileder-kjøp-av-helse-og-sosialtjenester>

Finansdepartementet, Det Kongelige (2014). *Meld. St.2. Revidert nasjonalbudsjett 2014. (3013-3024). Melding til Stortinget*. Tilgjengelig fra http://www.statsbudsjettet.no/upload/Revidert_2014/dokumenter/pdf/stm2_2014.pdf. 07.11.2014

Folkvord, Erling (2011) *Fløteskummernes inntog*. Tidsskrift for Den norske legeforening 2011; 131:993-40

Hafnor, Rita Sognæs (2014) Ikke publisert materiale fra Helse Sør-Øst RHF's økonomiavdeling, oktober 2014.

Fagforbundet (2012) Fagforbundets prinsipp- og handlingsprogram 2013-2017. Vedtatt på 3dje ordinære landsmøte 15.nov. 2013. Tilgjengelig fra www.fagforbundet.no

Gautun, Heidi, Borgen, Hanne og Skredvik Grødem, Anne (2013) *Konsekvenser av konkurranseutsetting . Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenster*. Fafo-rapport 2013:14.

Helsedepartementet (2004). Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv Statens forvaltningstjeneste, Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2004/i-82004.html?id=445634>

Helse- og sosialdepartementet (2007) *Opptappingsplan for rusfeltet*. Statens forvaltningstjeneste.Oslo. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Oppt.plan.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Høringsnotat om Fritt behandlingsvalg*, Helse- og omsorgsdepartementet 2014. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/notatFBV.pdf>

Helse Sør-Øst RHF (2007) *Faglig grunnlagsdokument for anskaffelse av behandlingstilbud hos private avtalepartnere innen tverrfagligspesialisert behandling av rusmiddelavhengige i Helse Øst RHF* 04.05.2007 Tilgjengelig fra Helse Sør-Østs arkiv ved henvendelse til postmottak@helse-sorsot.no

Helse Sør-Øst RHF (2004, 2008, 2009, 20012 og 2014). Konkurransesgrunnlag og kravspesifikasjonsdokument/informasjonsdokument for anskaffelser innen TSB. Tilgjengelig fra Helse Sør-Østs arkiv ved henvendelse til postmottak@helse-sorsot.no

Helse Sør-Øst RHF (2008) Styresak 108-2008 *Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 Hovedstadsprosessen*. Tilgjengelig fra <http://www.helse-sorost.no/om-oss/styret>

Helse Sør-Øst RHF (2010) Styresak 046-2010 *Regionale utviklingsområder TSB*.

Tilgjengelig fra <http://www.helse-sorost.no/om-oss/styret>

Helse Sør-Øst RHF (2013) Styresak 07/2013 *Delstrategi for utvikling av samarbeidet*

mellom private og offentlige helsetjeneste. Tilgjengelig fra <http://www.helse-sorost.no/om-oss/styret>

Helse Sør-Øst RHF. *Rapportsammenstilling. Private samarbeidspartnere innen TSB i Helse Sør-Øst 2013*. Oslo universitetssykehus, Seksjon TSB, Analyse, rådgivning og pasientstøm, 2014

Hummelvoll (2014). Upublisert materiale. Regnskapstall for Eksterne Helsetjenester, Helse Sør-Øst RHF, oktober 2014

Høyre og Fremskrittspartiet (2013) *Politisk plattform for en regjering utgått fra Høyre og Fremskrittspartiet*. Sundvollen 7.10.13. Tilgjengelig fra <http://www.hoyre.no/filestore/Filer/Politikkdokumenter/plattform.pdf>

Jansen, Ulf (2014) Upublisert materiale. Åpningstale, Tyrilisentert Lillehammer 4.9.2014.

Kjølstad, Halvor (2014) *Rusbehandling – evig særomsorg?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 51, nummer 2, 2014, side 153-159.

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2010) *Det kvalitative forskningsintevju*. Gyldendal norsk forlag. Gyldendal akademisk. 2. utgave, 2. opplag

Malterud, Kirsti (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget. 2 utgave, 4 opplag.

Norges sykepleierforbund (2012) *NSFs formål, prinsippprogram, vedtekter m.m. Gjeldende for perioden 2012-15*. Tilgjengelig fra

https://www.nsf.no/Content/1139465/NSFs_form%E5l,_prinsippprogram,_m.m_for_perioden_2012-2015.PDF

Normann, Lisbeth (2011) *Tanker om konkurranseutsetting*. Tilgjengelig fra www.nsf.no, 23.08.2011

Nærings- og fiskeridepartementet (2014) *Enklere regler – bedre anskaffelser. Forenkling av det norske anskaffelsesregelverket*. NOU 2014:4. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/pages/38723831/PDFS/NOU201420140004000DDDPDFS.pdf>

Nådland, Kari (2014) Upublisert materialedaterte. Forfattet av en gruppe, ikke navngitte ansatte i a-klinikker i Oslo.

Rollag, Karoline (2014). *Ikke publisert materiale*. Basert på månedelig innrapporterte tall fra private innen TSB i Helse Sør-Øst i årene 2011 til 2014. Tallgrunnlag tilgjengelig fra Oslo universitetssykehus, Seksjon TSB, Analyse, rådgivning og pasientstøm, 2014

Roll-Matthiesen, Inger (2014) i Dagens Næringsliv 2014. *Harde bud*. Dagens Næringsliv/Magasinet/Økonomi. Tilgjengelig fra 29.08.2014 <http://www.dn.no/magasinet/2014/08/29/2127/Nringsliv/harde-bud> 03.11.2014. Redaktør Amund Djuve

Sejersted, Fredrik (2014) *Rettslig vurdering av om unntaket for kjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle organisasjoner kan videreføres*. Oslo 2.juni. 2014. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/pages/38753058/Sejersted.pdf>

Skretting, Astrid (2010) *Tjenestetilbudet til rusmisbrukere – noen utviklingstrekk*. Fortid 4/2010. Tilgjengelig fra <http://www.sirus.no/Tjenestetilbudet+til+rusmiddelmisbrukere++noen+utviklingstrekk.d25-SMRbU0l.ips> 06.01.2011

Sosialdepartementet (2002) *Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)*. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/OTP/20022003/003/PDFS/OTP200220030003000DDDPD FS.pdf>

Strype, Frank Hugo (2014) *Stein på Stein. Fredheim gjennom 40 år*. Stiftelsen Fredheim. Hauknes Grafisk AS.

Søyland, Kirsti Nilsson (2014). *Virkning av konkurranseutsetting for ideelle organisasjoner*. Masteroppgave i offentlig ledelse og styring (MPA). Høgskolen i Hedmark. Avdeling for ledelse og økonomifag.

Tyrilistiftelsen (2014). Tilgjengelig fra <http://www.tyrili.no/historie/> 1.11.2014

Aasland, Olaf Gjerløw (2014). *Upublisert materiale*. Universitetet i Oslo. Institutt for helse og samfunn.

Lover og forskriftet

Lov 31. mai 1900 nr. 5 om Løsgjængerer, Betleri og Drukkenskap. (Løsgjengerloven) Opphevet med virkning fra 2006.

Lov av 26 feb. 1932 om edruskapsvern og edruskapsnemnder

Lov av 16. juli 1999 nr. 69 om offentlige anskaffelser (LOA). Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-16-69?q=lov+om+offentlige+anskaffelser>

Forskrift av 7. april 2006 nr. 402 om offentlige anskaffelser (FOA). Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-04-07-402?q=forskrift+om+offentlige+anskaffelser>

Vedlegg / Appendiks

Sjekkliste intervju

1 og 2 er lik til alle. For punktene 3-6, nevnes nødvendigvis ikke alle kulepunkter. De er ment som en «huskeliste». Trolig vil de ofte omtales i de innledende spørsmålene.

1. Innledende informasjon

Først vil jeg si litt om rammene for dette intervjuet.

- Vi bruker trolig 1-1,5 timer. Ikke mer enn 1,3 timer.
- Det som framkommer skal brukes i min masteroppgave i helseøkonomi og helseledelse. Jeg er altså student i denne sammenheng, ikke ansatt i Helse Sør-Øst RHF og kommer ikke til å referere til det som framkommer her i jobbsammenheng.
- Oppgaven vil være tilgjengelig på nett (UIO) hvis ingen har særlige grunner til at den bør unntas offentlighet.
- Jeg skal gjøre 3 intervjuer og på bakgrunn av det forsøke å si noe om hvorvidt konkurranseutsetting av TSB har gitt bedre ressursutnyttelse. Informantene er valgt ut på bakgrunn av at de jobber i organisasjoner jeg tror har hatt ulike forutsetninger for å møte konkurransen.
- Alle intervjuer vil bli tatt opp med diktafon og analysert i etterkant.
- Jeg kommer ikke til å bruke navn på institusjoner men ikke på personer, bare nevne at de innehar en sentral stilling i sin organisasjon. Jeg kommer til å sende ut teksten til dere før den endelige versjonen skrives.

Temaene som vil bli tatt opp er

- Arbeidet med tilbudet og forhandlinger
- Oppfølging og rapportering
- Beleggskrav
- Normer for oppholdslengde i døgnbehandling

2. Spørsmål om utforming av tilbud og forhandlingsprosessen

- Hvordan jobbet dere med tilbudene, ta meg gjennom prosessen.
- Kan du anslå hvor mye tid som brukes til slikt arbeid?
- Har dere vært med i flere slike konkurranser?
- Dra hvilke deler av virksomheten henter dere ressurser til slikt arbeid?
- Har dere brukt eksterne ressurser til slikt arbeid?
- Hvordan oppleves det å være en del av konkurranseutsatt virksomhet?
- Opplevde du endringer ifb. med at man gikk over til en ny anskaffelsesform?
- Hva har vært mest nyttig for din virksomhet
- Hva mener du har vært mest hensiktsmessig for din virksomhet?

3. Avtaleoppfølging, rapportering

For å følge opp avtalene, har HSØ RHF bl.a. innført et eget rapporteringsopplegg.

- Har du synspunkter på oppfølgingen?
- Hvor mye ressurser bruker dere på det?
- Hvordan vurderer du utbyttet for dere?

4. Øvre grense for døgnbehandling

Det er det definert kategorier i konkurransene bl.a. ut fra en (normgivende) øvre grense for varighet døgnbehandling?

- Har du noen synspunkter på dette?
- Har det medført endringer i behandlingstid for dere?
- Har det medført endringer i behandlingsinnhold?
- Har det medført at dere behandler flere pasienter?

5. Beleggskrav

Er det krav om 100 % belegg og tilskudd trekkes hvis det er under 95%?

- Har du synspunkter på dette?
- Medfører beleggskravet at sengekapasiteten utnyttes bedre enn før?
- Har det hatt betydning for driften, ev. på hvilken måte?
- Har beleggskravet betydning for inntaksarbeidet?
- Har beleggskravet betydning for hvordan dere håndterer avbruddsproblematikk?
- Har beleggskravet betydning for liggetiden?